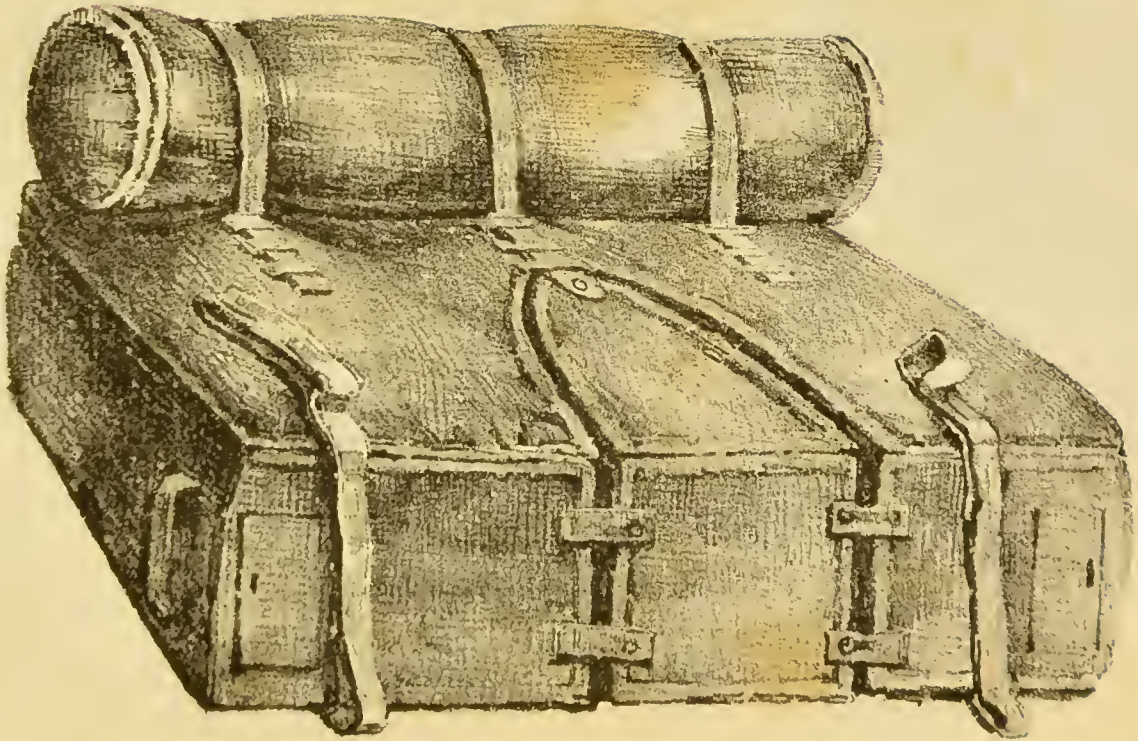
793/17
Konv

Dr. med. J. J. Hermann, 1790–1861, Professor an der Berner Hochschule und erster Vorsteher der vereinigten Entbindungsanstalten. (Medizinhist. Institut Bern)



MANUEL

DES

SAGES-FEMMES

PAR

J. J. HERMANN.

Avec une figure lithographiée.

A BERNE, chez C. A. JENNI, libraire.

1824.

Aux Très Honorés

Monsieur le Président et Messieurs les Membres du Conseil de Santé de la Ville et Republique de Berne.

Très Honorés

Monsieur le Président et Messieurs.

Encouragé par Votre Bienveillance déjà pendant le cours de mes études, honoré ensuite de Votre confiance, et témoin depuis plusieurs années de la Protection que Vous daignez accorder à notre École de Sages-femmes; non moins ému de Votre bienfaisante Administration tendante à perfectionner l'importante pratique de l'art des accouchemens, et de Votre généreuse Sollicitude à tarir

— du moins diminuer la source des maux qui, par impéritie ou négligence, affligent trop souvent les familles : c'est MESSIEURS *dans le sentiment de Vos droits à mon dévouement, c'est au nom des droits de l'humanité souffrante, que je prends la liberté de Vous offrir ce foible ouvrage comme un témoignage public de la Reconnoissance et du profond Respect avec lesquels je suis,*

Très honorés Monsieur le Président et Messieurs,

Votre très humble et très obéissant serviteur,

J. J. HERMANN.

PRÉFACE.

Depuis longtems l'auteur de cet ouvrage avoit senti le manque de manuels en langue française sur l'art des accouchemens à l'usage des Sages-femmes ; c'est-à-dire d'un livre qui enseignât, dans un style populaire, tout ce qu'elles ont besoin de savoir, sans cependant passer les bornes de ce qu'on peut leur confier dans l'exercice de cette pénible profession : défaut qui se manifeste au point qu'il ne laisse aucun choix en fait de livres un peu modernes pour une école de Sage-femmes, surtout dans un pays ou la pratique de cet art est très sagement resserrée dans de certaines limites. Mais il est un autre vide encore que l'auteur a du spécialement sentir, celui d'un ouvrage en français correspondant en formes et

principes, à celui d'après lequel on instruit les Sages-femmes allemandes de ce Canton : omission que nous envisageons comme un inconvénient majeur, non seulement à l'égard de l'instruction des élèves, mais encore des examens qui lui succèdent et même relativement à la pratique ; attendu que par défaut de manuels en concordance dans les deux langues, on a été obligé chez nous de suivre une méthode différente dans l'instruction des élèves qui n'ont pu la recevoir que dans l'une ou l'autre de ces langues.

C'est donc en vue de suppléer à ce vide, que l'auteur s'est décidé à écrire en français, et principalement à l'usage de ce Canton, un livre qui corresponde en général à la distribution des matières à la théorie et la pratique de celui qui, sous l'autorisation du Conseil de Santé, a servi depuis plusieurs années à l'instruction des Sages-femmes allemandes, afin de donner aux élèves des deux langues le même enseignement. Une autre utilité

qu'il ose espérer de son travail, c'est d'avoir contribué à remplir le vide existant en fait de manuels modernes en français à l'usage des Sages-femmes, et d'avoir réunis en quelque sorte la doctrine des deux nations, tant en théorie qu'en pratique.

Nous estimons qu'un livre destiné à cet emploi doit avoir un style clair, simple et intelligible, sans cependant en exclure les termes de l'art avec lesquels la Sage-femme bien instruite doit se familiariser; qu'un ouvrage de ce genre ne doit pas être adapté à la capacité et à la docilité du grand nombre de ceux qui veulent se vouer à cet état, mais qu'on doit au contraire soigneusement choisir pour le pratiquer des personnes capables d'en remplir les importantes fonctions, et de vaincre les difficultés de l'apprendre; nous pensons aussi que l'élève sage-femme doit retrouver brièvement dans son livret, en ordre de matières, tous les principaux points qu'on lui enseigne ver-

balement en détail; et qu'enfin il importe moins de rédiger cet ouvrage en suivant de savantes et subtiles théories, qui toutes sont encore jusqu'à ce jour imparfaites dans cette doctrine, que de le réduire dans une forme qui présente la suite des matières dans l'ordre le plus commode pour l'instructeur et le plus intelligible pour l'élève: telles sont les qualités qu'on s'est proposé de donner à cet ouvrage.

Puissent mes intentions, de contribuer à former des Sages-femmes dignes et capables de remplir les devoirs de cette importante profession, n'être pas infructueuses pour l'humanité en général et en particulier pour ma Patrie.

INTRODUCTION.

L'art de la Sage-femme a principalement pour *objet* de donner du secours à la femme en travail, et à l'enfant qui en doit naître ; c'est-à-dire d'éloigner de la mère et de l'enfant, ou de diminuer au moins, les dangers de l'accouchement ; de le rendre en général moins douloureux, moins pènible, plus sûr, plus commode, plus décent. Mais les fonctions de la sage-femme ne sont pas bornées seulement à l'accouchement, elles s'étendent aussi sur la grossesse et sur le traitement du nouveau-né. La sage-femme doit tâcher de gagner et mériter la confiance de la personne enceinte, et de lui procurer, en l'instruisant sagement, une heureuse grossesse et un accouchement facile ; elle doit, par ses soins assidus mettre l'accouchée en état de bien remplir les premiers devoirs maternels, et s'appliquer à lui ménager une heureuse couche, comme un moyen de lui assurer une bonne santé. La sage-femme est encore dans le cas de soigner la première éducation physique du nouveau-né, et enfin d'être souvent appelée à faire des fonctions et des visites judiciaires.

L'importance de la profession des Sages-femmes devient évidente lorsqu'on considère, que la santé et le bien-être des personnes enceintes, ou accouchées, et des enfans nouvellement nés sont entre les mains d'une sage-femme; que dans le moment le plus critique, peut-être le plus dangereux de la vie, celui de l'accouchement, on lui confie femme et enfant; que partant la santé, même la vie et quelquefois dans des cas juridiques, l'honneur, la réputation et la fortune d'une ou de plusieurs personnes, et par les conséquences qui en resultent, le sort d'une famille entière, dépendent du talent ou de la probité d'une Sage-femme.

La gravité de ces considérations autorise à exiger de la personne qui veut se vouer à l'état de Sage-femme plusieurs *qualités* indispensables. Quand au moral elle doit être de mœurs irréprochables, d'une probité incorruptible, fidellement attachée à ses devoirs, modeste, surtout d'un naturel doux et patient, conciliant la compassion avec le courage, la fermeté et le discernement; la sage-femme doit être prudente, discrète, résolue, persévérante, libre de préjugés, officieuse, et en particulier desintéressée envers les pauvres. A l'égard des qualités corporelles la Sage-femme doit être d'une constitution saine, robuste, faite à la fatigue et sans difformité marquante; elle doit avoir tous ses sens vifs et entiers, principalement l'ouïe et la vue bonnes, mais très particulièrement le toucher fort délicat. A

ces qualités elle devroit encore ajouter l'avantage d'une main longue et menue, adroite, exempte de défaut et de maladie. Enfin il est nécessaire aussi que la Sage-femme sache écrire et parler avec facilité sa langue; qu'elle soit douée d'intelligence et d'une bonne mémoire; qu'elle ait du goût pour sa vocation et y prenne plaisir.

Une personne favorisée de ces avantages sera habile à l'importante profession de sage-femme, et capable de la pratiquer avec dignité : fidèle à ses devoirs, quelque rigoureux qu'ils puissent être, elle les remplira avec joie envers son Souverain et son prochain. Sensible au bon témoignage de sa conscience, elle bénira un jour le choix qu'elle a fait d'une profession pènible, mais essentielle et honorable, qui l'a mise en état de se rendre fort utile à l'humanité, et trouvera dans ce sentiment sa plus belle récompense.

PREMIÈRE SECTION.

Des connoissances anatomiques qui sont nécessaires à la sage-femme

§. 1. La sage-femme doit indispensablement posséder une connoissance exacte: 1) de ce qui doit naître de la femme, savoir *l'oeuf humain;* 2) des parties de la femme à travers et au moyen desquelles s'opère l'accouchement, ou *les organes génitaux;* 3) de quelques autres parties, qui ont plus ou moins de rapport à la génération, à la grossesse, au travail d'enfant et aux couches, telles que *la cavité du bas-ventre et ses intestins, les muscles abdominaux, le diaphragme, les mamelles etc.*

CHAPITRE I.

De l'Oeuf humain.

§. 2. L'*oeuf humain* est le produit de la conception, opéré par l'union féconde des deux sexes. On y distingue: 1) Le germe de l'homme

à naître, *le fruit*, nommé *foetus* pendant qu'il séjourne dans le sein de sa mère, *embryon* avant mi-terme de la grossesse; 2) les parties qui l'enveloppent, *ses Annexes*. Ces dernières sont le *cordon ombilical*, *le placenta*, *les membranes* et *l'eau de l'amnios*.

I. Du Foetus.

§. 3. Il est important que la sage-femme connoisse exactement la structure de la tête du foetus, sa forme et sa grosseur dans ses diverses dimensions. Elle doit encore connoître en général les os du squelette, taut par rapport à leur forme, leur situation et leurs noms, qu'a l'égard de leurs articulations: attendu que le plus souvent les os indiquent et déterminent dans l'accouchement la position de l'enfant. La sage-femme doit en outre être instruite de la grosseur, du poids et d'autres caractères d'un enfant porté à terme, et avoir une notion de la circulation de son sang.

§. 4. Par *Squelette* on entend tous les ossemens d'un corps mort et décharné, joints ensemble comme ils le sont dans leur situation naturelle. La division du Squelette ainsi que du corps humain comprend *la tête*, *le tronc* et *les extrémités*.

§. 5. Pour la sage-femme la partie la plus importante du foetus est *la tête*. On y distingue le *crâne* et *la face*.

§. 6. *Le crâne* comprend la partie supérieure et postérieure de la tête; il est composé de huit os, lesquels forment une cavité qui contient le cerveau. L'on distingue au crâne les régions suivantes: *le fron.*, *le sommet* ou *vertex*, *l'occiput*, *les tempes* ou *parties latérales*, et la *base*. Les huit os qui forment le crâne sont: le *coronal* ou *frontal*, composé dans le foetus de deux mi-parties semblables; les deux *pariétaux* ou *bregmatiques*; *l'occipital*, les deux *temporaux*; le *sphénoïde* et *l'ethmoïde*. Tous ces os se tiennent chez l'adulte par des jointures immobiles, qu'on nomme *sutures*. Dans le foetus au contraire, et chez l'enfant durant les premiers mois après sa naissance, les os du crâne forment des interstices membraneux, plus ou moins grands, qui rendent leur reunion mobile. On appelle encore *suture* leurs longues, et proportionnément fort étroites séparations, parce qu'elles deviennent telles par la suite. On nomme au contraire *fontanelles* les plus grandes de ces séparations, dans lesquelles se reunissent toujours plusieurs sutures, et qui sont de différentes formes.

§. 7. On distingue principalement *six sutures*: 1) la suture, ou commissure *frontale*, entre les deux parties du frontal; 2) la suture, ou commissure *coronale*, entre le coronal et les pariétaux; 3) la suture *médiane*, ou *sagittale*, entre les os bregmatiques; 4) la suture *occipitale*, ou

lambdoïde, entre l'occipital et les pariétaux; 5) deux *temporales*, ou *écailleuses*, ou *squameuses*, situées sur chacune des parties latérales du crâne, entre l'os temporal et le bregmatique.

§. 8. L'on remarque pareillement au crâne *six fontanelles:* 1) la *grande*, ou *antérieure*, ou *frontale*, ou *bregmatique*, ou *supérieure* et *anterieure*; elle est la plus grande, de figure quadrangulaire, et placée au sommet entre les deux parties du frontal et les deux os bregmatiques. 2) La *petite fontanelle*, ou *postérieure*, ou *supérieure* et *posterieure*, ou *occipitale*; celle-ci est placée à l'occiput entre les os du sommet et l'occipital, elle est la plus petite et de forme triangulaire. 3) Quatre fontanelles *latérales*, ou *inférieures*, deux de chaque côté du crâne, dont l'une antérieure, l'autre postérieure. La fontanelle *latérale-antérieure*, ou *inférieure et antérieure* se trouve entre l'os frontal, le pariétal, le temporal et le sphénoïde. La *latérale postérieure*, ou *inférieure et postérieure* est placée entre l'os temporal, le bregmatique et l'occipital. Cette dernière est souvent plus grande que la première. Du reste les fontanelles latérales sont de formes irrégulières, et moins importantes en pratique que la grande et la petite.

§. 9. *L'utilité des sutures et des fontanelles* du crâne de l'enfant, par rapport à l'accouchement, consiste uniquement en ce qu'elles aug-

mentent considérablement la mobilité des os du crâne, lesquels sont alors encore susceptibles de souplesse; et de mettre pendant le travail la tête en état de pouvoir, jusqu'à un certain point, se prêter à un changement de forme selon la pression qu'elle éprouve, et suivant la conformation et la capacité du bassin qu'elle doit traverser.

§. 10. Moins le développement du foetus est avancé, plus ces interstices membraneux sont spacieux. Après l'accouchement ils se ferment aussitôt; tellement que dans la règle ils disparoissent totalement au bout d'un an de vie. La petite fontanelle se ferme la première, et même le plus souvent avant que le foetus soit parvenu à son terme; en sorte qu'elle ne paroit que très rarement chez les enfans qui ont atteint leur maturité. Après celle-ci se ferment les fontanelles latérales, notamment les antérieures plutôt que les postérieures, ensuite les sutures, et enfin la grosse fontanelle. Il est rare de trouver celle-ci encore ouverte 12 à 16 mois après l'accouchement, plus encore au bout de quelques années, dans des cas très extraordinaires.

§. 11. La *face* comprend la partie antérieure du crâne et contient 14 os. Savoir: deux os *maxillaires*, deux *du palais*, deux *unguis*, deux os *propres du nez*, deux *cornets inférieurs*, *le vomer*, deux os de la *pommette*, et la *machoire inférieure*. Tous les os de la face, excepté le

dernier, sont réunis par des jointures immobiles; la machoire inférieure forme une articulation libre avec les os temporaux, auxquels elle est liée. Dans la face on distingue les *orbites*, où sont placés *les yeux; le nez, les joues, la bouche, le menton etc.*

§. 12. Il n'est pas moins nécessaire que la sage-femme connoisse les diverses dimensions de la tête, pour savoir juger, par sa situation, de la difficulté et des rapports qui peuvent gêner, ou faciliter, son passage à travers le bassin. Á cet égard on y admet sept diamètres et trois circonférences.

§. 13. Par les *diamètres de la tête* l'on entend des lignes droites supposées, qui partent d'un point quelconque de la tête à un point opposé.

Les suivans sont les 7 diamètres de la tête: 1) Le diamètre *vertical;* il descend perpendiculairement de la plus haute éminence du sommet à la base du crâne; il fait une partie de l'axe de tout le corps humain, et conséquemment l'axe de la tête: sa longueur dans un foetus à terme, et bien conformé, est de 3¼ à 3½ pouces. 2) Le diamètre *transversal*, ou *bi-pariétal;* il s'étend de l'une des bosses pariétales à l'autre, et est de la même longueur que le premier. 3) Le diamètre *fronto-mentonnier* d'environ 3½ pouces de longueur, se dirige de la hauteur du front

jusqu'au menton. 4) Le diamètre *trachelo-bregmatique*, ou *oblique antérieur* *), passe de la partie supérieure et antérieure du col, à la grande fontanelle; il mesure 3¼ à 3¾ de pouces. 5) Le diamètre *longitudinal*, ou *entero-postérieur*, ou *occipito-frontal*, de 4¼ à 4½ pouces, s'étend depuis le milieu du front à l'angle de la suture occipitale. 6) Le diamètre *cervico-bregmatique*, ou *oblique postérieur*, se dirige de la partie supérieure de la nuque à la fontanelle antérieure. 7) Le diamètre *occipito-mentonnier*, ou *diagonal*, entre l'angle de la suture occipitale et le menton; ce diamètre de 5 pouces, et souvent beaucoup au delà immédiatement après l'accouchement, est le plus grand.

§. 14. Les trois *circonférences de la tête* sont: 1) la plus grande, ou la *perpendiculaire*, qui, de la fontanelle postérieure, passe le long de la commissure médiane et de la suture frontale, par le menton et la base, à l'occiput; 2) la circonférence moyenne, ou *horizontale*, qui, de la fontanelle postérieure, passe sous les deux bosses bregmatiques, sur les bosses frontales jusqu'à la suture frontale; 3) la petite circonférence, ou circonférence *transversale*, laquelle,

---

*) Pour faciliter aux éléves-sage-femmes l'intelligence des termes de *trachelo-bregmatique* et de *cervico-bregmatique*, l'auteur a cru devoir les suppléér par *oblique-antérieur* et *oblique-postérieur*.

de la hauteur du sommet, passe sur les deux bosses bregmatiques jusqu'à la base.

§. 15. La tête est jointe au tronc par les deux vertèbres cervicales supérieures, tellement qu'elle puisse se tourner des deux côtés, sans cependant pouvoir faire dans l'une et l'autre direction plus d'un quart de tour. Par un autre mouvement elle peut encore rapprocher, ou éloigner, le menton de la poitrine.

§. 16. *Le tronc* est composé de la poitrine, de la colonne vertébrale et du bassin.

§. 17. *La poitrine*, ou le thorax, forme la partie supérieure et antérieure du tronc. Elle est composée du *sternum* et de 24 *côtes*. Chacun des côtés a 12 côtes; les sept supérieures se nomment les *vraies*, les 5 inférieures les *fausses*. Quelquefois on appelle aussi *flottantes* les deux plus basses. Les côtes vraies se joignent immediatement par leur cartilage au sternum; les fausses au contraire s'unissent entre elles d'en-bas en en-haut, excepté les deux flottantes qui, par leur bout antérieur, ne se fixent à aucun os. Le sternum se réunit vers en-haut avec les deux clavicules et latèralement à 14 côtes, qui se joignent ainsi antérieurement chacune, par son cartilage, au sternum, et postérieurement à deux vertèbres dorsales. Les côtes et le sternum sont susceptibles de quelqu'élévation. Ces os de la poitrine forment, conjointe-

ment avec les vertèbres dorsales, la cavité thorachique, laquelle contient les poumons, le coeur et le thymus.

§. 18. La *colonne vertèbrale*, ou *colonne épinière*, *l'épine*, ou *le rachis*, occupe le milieu de la partie postérieure du tronc; elle s'étend depuis la tête jusques au fond du bassin. Chez l'enfant elle contient 33 os semblables qu'on nomme *vertèbres*, et qu'on distingue par vertèbres *vraies* et *fausses*. Les *vraies* sont les 24 supérieures, qui, même dans un âge plus avancé, subsistent toujours comme des os séparés. Les *fausses* sont les 9 inférieures, desquelles après la naissance, et principalement aux approches de l'âge nubile, plusieurs se réunissent et ne forment qu'un seul os. Les cinq premières forment le sacrum, les 4 suivantes le coccix. Il n'est pas rare de trouver celui-ci composé d'une vertèbre de plus ou de moins.

On subdivise encore les 24 vertèbres vraies en 7 *cervicales*, 12 *dorsales* et 5 *lombaires*. Outre le *corps* et *l'arc*, les *apophyses* des vraies vertèbres, (en exceptant les deux premières) sont encore un objet qui mérite l'attention de la sage-femme, principalement *l'apophyse épineuse;* après celle-ci les deux *transversales* et les quatre *articulaires*, ou *obliques*.

§. 19. Toutes les vertèbres sont tellement unies entre-elles, que de l'une à l'autre il n'existe

que très peu de mobilité; mais l'ensemble de ces mobilités partielles ne laisse pas de produire sur toute la colonne vertèbrale, une fléxibilité considérable dans toutes les directions, sur tout en avant; celle en arrière diminue chez l'enfant à mesure de son accroissement.

§. 20. *Le bassin* est la partie inférieure du tronc. Il n'est composé, pris à rigueur, que de deux os *coxaux*. Dans un sens plus étendu l'on ajoute au bassin le *sacrum* et le *coccix*, attendu qu'ils contribuent à former avec les coxaux la cavité du bassin, dont il sera traité §. 68. et suivants. Antérieurement les os coxaux s'unissent entre eux, et postérieurement au sacrum.

§. 21. On distingue quatre extrémités: deux *supérieures*, *les bras*; et deux *inférieures*, *les pieds*. Chacune *des supérieures* est pendante à l'un des côtés du tronc, auquel elle est jointe par la clavicule. On divise le bras en *épaule*, *bras*, *avant-bras* et la *main*.

§. 22. L'*épaule* est composée de deux os: de la *clavicule*, située en avant, et de *l'omoplate* en arrière. Les articulations du premier, par devant au sternum et en arrière à l'omoplate, ne permettent que très peu de mouvement. Le dernier de ces os, attaché de plus à l'humérus, forme avec celui-ci une articulation libre.

§. 23. Le *bras* n'a qu'un os: *l'humérus*, qui, avec l'avant-bras, forme une articulation en forme de charnière.

§. 24. L'*avant-bras* est composé de deux os: le *cubitus* et le *radius*. Ces deux os sont joints de façon que le radius puisse, par sa rotation sur le cubitus, rendre la main tournante en dedans et en dehors. Leurs extrémités inférieures forment encore avec la main une articulation libre.

§. 25. Dans la conformation de *la main* on remarque le *carpe*, le *métacarpe* et *les doigts*. Le *carpe* comprend huit os, le *métacarpe* cinq. Chacun des quatre *doigts* est composé de trois, et le pouce de deux os, ou *phalanges*. Tous les os du carpe sont étroitement joints, tant entre-eux qu'aux bouts supérieurs des os du métacarpe. Les premières phalanges des doigts sont au contraire unies, par des articulations libres, aux bouts inférieurs des os du métacarpe. Les autres phalanges forment entre-elles des charnières. L'os métacarpe du pouce tient au carpe par une jointure libre.

§. 26. *Les extrémités inférieures, ou membres abdominaux*, sont composés chacun de *la cuisse*, de *la jambe* et du *pied*. Dans la cuisse on remarque deux os, *le fémur* et *la rotule*. Le fémur forme, par sa jointure avec l'os des iles, une libre articulation, par laquelle l'extrémité inférieure est attachée au tronc. Par en bas le fémur, avec la rotule et le bout supérieur du tibia, forment le genou, dont l'emboîtement est tel qu'il ne peut se plier qu'en arrière.

§. 27. De même *la jambe* a deux os: *le tibia* et *le péroné*. Ils sont reciproquement liés par une jonction immobile; mais avec le pied ils forment une libre articulation.

§. 28. *Au pied* on distingue enfin *le tarse*, *le métatarse* et *les doigts*. Le tarse est composé de sept os, le métatarse de cinq, les doigts ont autant de phalanges, et sont articulés, comme ceux de la main.

---

§. 29. Avant de traiter de *la circulation du sang* dans le foetus, il convient de décrire celle dans l'homme né et respirant, et d'en indiquer ensuite les différences qui se présentent chez le foetus, qui ne respire pas encore.

§. 30. Dans l'homme fait le sang *artériel*, (rougeux) destiné à la nutrition de tout le corps, passe *du ventricule gauche* dans *l'aorte*, de là à la périphérie du corps, et retourne, après avoir nourri les différens organes, et perdu ses qualités nutritives, comme sang *veineux*, (rouge foncé) par les radicules et les rameaux des veines, dans les deux veines principales, qu'on appelle les *veines-caves supérieure et inférieure*; dont la première reçoit le sang de la tête, du cou, et des extrémités supérieures, la seconde le sang du tronc et des extrémités inférieures. Ces deux veines-caves le transmettent ensuite dans *l'oreillette droite* du coeur, et de là il passe

au *ventricule droit;* celui-ci le jette, étant encore sang veineux, par les *artères pulmonaires* dans les poumons. C'est dans cet organe, que par le moyen de la respiration, le sang recouvre sa qualité nutritive et retourne par les *veines pulmonaires* au coeur comme sang artériel, en passant par *l'oreillette gauche* dans le *ventricule gauche.* D'ici la circulation recommence, ce sang, repourvu des qualités propres à la nutrition, étant chassé de nouveau par l'aorte dans le corps.

§. 31. Dans le foetus, où la respiration n'a pas lieu, la restauration du sang dans les poumons n'est pas possible, c'est dans le placenta qu'elle s'opère; d'où il résulte que la circulation du sang par les poumons — nommée la *petite circulation* — n'existe pas; tandis que, par une économie remarquable, le sang peut se rendre de l'oreillette droite dans l'aorte sans passer par les poumons. La majeure partie du sang parvenu, par les veines-caves, dans l'oreillette droite se porte aussitôt de là à l'oreillette gauche, par une ouverture qui ne se trouve que dans le coeur du foetus, appellé *trou ovalaire*, ou *trou de Botal;* de l'oreillette gauche il passe par le ventricule gauche à l'aorte. Parcontre la moindre partie du sang circule de l'oreillette droite au ventricule droit, de là aux artères pulmonaires pour se reporter, non aux poumons, mais par un canal particulier, *le canal artériel*

de Botal, dans l'aorte. Enfin une très petite partie de sang est transmise, par les artères pulmonaires, dans les poumons, pour tenir ces vaisseaux ouverts, et retourne par les veines pulmonaires à l'oreillette gauche, comme dans l'homme respirant.

§. 32. Le sang du foetus, provenant de sa mère, (comme il sera démontré dans la suite) passe par la veine ombilicale du cordon (§. 45.) et par le nombril, dans son bas ventre près du foie. Ici la veine ombilicale se sépare en deux vaisseaux dont l'un, le *canal veineux*, conduit immédiatement le sang dans la *veine-cave* contiguë; l'autre le porte d'abord dans la *veine-porte*, et de là au foie, d'où, étant reçu par la veine-cave, il est conduit par ce vaisseau au coeur, duquel émane la circulation décrite ci-dessus.

§. 33. Le sang qui a servi, et celui qui est superflu à la nutrition du foetus, retourne, par *deux artères ombilicales*, hors du nombril de l'enfant, dans le cordon ombilical et le placenta. Ces artères prennent leur origine, à chaque côté du bassin de l'enfant, des *artères hypogastriques*, ou *iliaques internes*, et montent, en convergeant, en arrière de la paroi antérieure du bas-ventre à l'ombilic.

§. 34. Dans les intestins de l'enfant à terme il s'est déjà amassé une quantité assez considé-

rable d'un excrément appellé *méconium*. C'est un fluide verd-noiratre, inodore, amer, pituiteux, fort gluant et peu susceptible de putréfaction: matière que l'enfant déjète pendant les deux premiers jours après sa naissance.

II. Des Annexes du Foetus.

§. 35. Sous la dénomination *d'annexes du foetus*, *d'arrière-faix*, de *secondines*, ou de *délivre*, on entend les parties de l'oeuf qui renferment le foetus, et dont — à l'exception d'une partie des eaux de l'amnios — l'expulsion se fait après celle de l'enfant.

§. 36. *L'eau de l'amnios* est le fluide qui entoure immédiatement et baigne le foetus. Préparé et renfermé par les membranes, ce fluide, jusqu'après moitié terme de la grossesse, est limpide, sans couleur comme sans goût, et d'une odeur foible mais particulière; à la fin de la grossesse il est le plus souvent trouble, blanchâtre et muqueux. Au moment de l'accouchement la quantité de ce fluide varie considérablement, puisque sa masse, étant ordinairement de 2 à 3 ℔, peut néanmoins monter jusqu'à 10 ℔. Du reste les eaux de l'amnios sont, rélativement au volume du foetus, moins abondantes dans les derniers mois qu'au commencement de la grossesse.

§. 37. On distingue ces eaux en *vraies* et en *fausses eaux:* les *vraies* sont celles où nage

l'enfant, et qui sont contenues dans l'amnios; les *fausses* celles qui ne paroissent qu'en petite quantité entre l'amnios et le chorion jusque vers le milieu, très rarement jusqu'à la fin, de la grossesse.

§. 38. Les eaux de l'amnios sont, sous divers rapports, d'une grande utilité; attendu qu'elles procurent au foetus une capacité propre à favoriser son accroissement, son développement et la liberté de se mouvoir sans obstacle; comme aussi à le préserver de l'impression funeste que pourraient faire sur lui des accidents extérieurs, ou quelqu'acte de violence dirigé contre le ventre de sa mère; à empêcher la pression du cordon ombilical de même que des réunions irrégulières des différens membres du foetus, à entretenir libres les voies des organes de la digestion et de la respiration. Ces fluides ont en outre la propriété de dilater la matrice d'une manière égale, de modérer l'impression qu'elle éprouve par le poids et les mouvemens trop vifs du foetus; enfin d'accélérer dans l'accouchement, au moyen de la poche des eaux, la dilatation de l'orifice utérin, et de faciliter par leur écoulement l'accouchement, en rendant plus humides et glissantes les parties de la femme. Quant à l'opinion que l'enfant avale de tems à autre de l'eau de l'amnios, ou bien que sa peau en absorbe une portion pour lui servir de nourriture; elle n'est que vraisemblable, mais pas encore suffisamment prouvée.

§. 39. Aux eaux de l'amnios on peut ajouter un enduit graisseux et savoneux, que les accoucheurs nomment *Smegma*, lequel couvre plus ou moins la superficie de l'enfant, particulièrement ses parties velues ou plissées. C'est vers la fin de la grossesse que cette matière se forme, et dont la quantité doit augmenter à proportion de l'accroissement de l'enfant. Le principe et l'utilité de cette matière ne sont pas encore bien connus: plusieurs pensent qu'elle est un dépot des eaux de l'amnios, absorbé par la peau du foetus.

§. 40. *Les membranes* au nombre de trois: *l'amnios*, le *chorion* et la *caduque*, forment, par leur contact, une cavité ovoïde, qui contient le foetus, l'eau de l'amnios et le cordon ombilical.

§. 41. *L'amnios* est une membrane mince, lisse, transparente et sans couleur. Elle est la plus interne et enveloppe donc immédiatement les eaux de l'amnios et le foetus.

§. 42. *Le chorion* renferme l'amnios, à la surface externe duquel il est adhérent, après moitié terme de la grossesse. Cependant il y a entre eux, durant les précédents périodes de la grossesse, un petit espace rempli de fluide amnieux, appelé les *fausses eaux*. Le chorion est organisé comme l'amnios; seulement il est plus

fort et contient beaucoup de vaisseaux. Ces deux membranes, particulièrement propres à l'oeuf, tapissent la surface interne du placenta, et fournissent une gaîne au cordon ombilical, en y passant depuis le placenta.

§. 43. *La membrane caduque*, ou *l'épichorion*, ou la *membrane de connexion* est la plus extérieure. Jusqu'à la formation complète du placenta elle sert de moyen d'union entre l'oeuf et la matrice, à laquelle elle appartient plus qu'à l'oeuf même. Cette membrane est composée d'un grand nombre de flocons qui forment deux *lames*, l'une *externe*, ou *utérine*, l'autre *interne*, ou *foetale*. La lame extérieure est adhérente à l'uterus et tapisse toute sa surface interne; se repliant ensuite sur elle-même, à la place où se forme le placenta, elle passe à l'oeuf et l'enveloppe entièrement comme lame intérieure. Cette membrane caduque disparoit toutefois en proportion de l'accroissement du placenta, et manque totalement à mi-terme de la grossesse. De là son nom.

§. 44. Les membranes servent très probablement à la secrétion des eaux de l'amnios; et en outre à envelopper et conserver ce fluide, le foetus et le cordon ombilical; à fournir une gaîne à ce dernier; enfin à ouvrir et dilater dans les accouchemens l'orifice de la matrice, en formant la poche des eaux. Le placenta prend sa naissance de la membrane caduque et du chorion.

§. 45. Le *cordon ombilical* est un corps ressemblant à une cordelette, qui s'étend de l'ombilic du foetus jusqu'au placenta. La longueur du cordon d'un enfant à terme est ordinairement 18 à 22 pouces, quoiqu'elle varie quelquefois de 6 à 7 jusqu'à 50 pouces, et même au delà. Il est composé de trois vaisseaux sanguins, unis par une masse gélatineuse, et de l'enveloppe des membranes. Les trois vaisseaux sanguins consistent en *deux artères* et *une veine ombilicales.* Cette dernière prend naissance avec ses radicules dans le placenta, d'où elle conduit, par le nombril, au foetus le sang dont il a besoin. (§. 32.) Les deux artères ombilicales, venant des artères iliaques internes, sortent du nombril de l'enfant (§. 33.), conduisant au placenta le sang superflu et celui qui a servi. Les lumières des deux artères ensemble ne sont pas plus grandes que celle de la veine.

La fonction du cordon ombilical est de porter du placenta au foetus le sang nécessaire à sa nutrition, et de le reconduire au placenta, après avoir circulé dans le corps de l'enfant.

§. 46. *Le placenta* est un organe ordinairement de forme circulaire-aplattie, ayant approchant 7 à 8 pouces de diamètre sur un d'épaisseur. Il est composé d'un grand nombre de vaisseaux de différentes grandeurs, qui sont les ramifications des artères ombilicales et les radicules de la veine ombilicale; à quoi il faut ajou-

ter un tissu cellulaire lâche, qui en forme un parenchyme mou et spongieux. On y distingue une *surface externe*, ou *utérine*, qui est rude, sillonnée, et unie à l'utérus; une autre *interne*, ou *foetale*, qui est lisse, et sur laquelle on remarque la distribution des vaisseaux ombilicaux à travers le chorion et l'amnios, qui la couvrent; de plus un *bord* circulaire. Le placenta est placé entre la face interne de la matrice et la face externe des membranes, et se trouve ainsi, en leur servant de moyen d'union, hors de la cavité de l'oeuf. Il s'attache ordinairement au fond de la matrice un peu à droite, pouvant cependant y occuper toute autre place.

§. 47. La fonction du placenta est de recevoir, de l'utérus, le sang destiné au foetus, et de le transmettre au cordon ombilical. Le sang nécessaire, qui émane de l'utérus, est exhalé entre ce viscère et le placenta, de là il est reçu du placenta, et imbibé par les plus fines radicules de la veine ombilicale. Il est très vraisemblable que le placenta est encore destiné à opèrer sur le sang retourné du foetus un certain changement, qui le rend de nouveau propre à la nutrition de l'enfant.

§. 48. A l'égard du *développement de l'oeuf humain* on peut admettre en général ce qui suit: l'oeuf fécondé et déposé règulièrement dans l'utérus n'est qu'indistinctement perceptible pen-

dant *les premiers jours* de la grossesse, ne paroissant encore que comme un corpuscule gélatineux, mais qui bientôt se développe et se forme en une petite poche membraneuse au centre de laquelle, en demeurant dans une constante union, s'organise l'homme à naître. A la *troisième semaine*, l'oeuf étant parvenu à la grosseur d'une noisette, le foetus devient déjà perceptible comme un corpuscule de la longueur de deux lignes, lequel, nageant dans un fluide clair, paroit composé de deux petites vesicules, destinées l'une à former la tête, l'autre le tronc, lesquelles sont jointes au reste de l'oeuf par un petit appendice qui devient ensuite le cordon ombilical.

§. 49. A la fin du *deuxième mois* l'oeuf est parvenu à la grosseur d'un oeuf de poule, le foetus à celle d'une mouche ordinaire au commencement, et d'un pouce de longueur à la fin du même mois. Déjà on y remarque les yeux comme des points noirs, l'orifice de la bouche et quelqu'indice des oreilles; les extrémités et les parties sexuelles paroissent se former, mais on ne peut encore distinguer ces dernières.

§. 50. Au *troisième mois* l'oeuf prend la grosseur d'un oeuf d'oie; le foetus la longueur de 2½ pouces. La tête est, proportionnément, très grande; la face paroit formée jusqu'à un certain point; les doigts des mains et des pieds

deviennent visibles; les parties sexuelles sont encore difficiles à distinguer.

§. 51. Au *quatrième mois* les organes qui renferment le foetus, lesquels se sont jusqu'ici proportionnément bien plus développé que le foetus, se perfectionnent antièrement, surtout le placenta. Mais dès le quatrième mois l'accroissement du foetus, déjà parvenu à la longueur d'environ 4 pouces du sommet à l'anus, est à proportion plus considérable que celui de ses annexes. Toutes ses parties sont maintenant plus formées, les ongles sont perceptibles, et la grande disproportion, qui existait jusqu'ici entre la tête et le tronc, commence à diminuer.

§. 52. Dans le *cinquième mois* le fruit a près de huit pouces de long. Alors la surface du foetus se couvre de cheveux blancs et cotonneux, qui ont disparu sur l'enfant né à terme, excepté ceux de la tête, les cils et les sourcils. Le foetus est déjà capable de mouvemens spontanés assez vigoureux.

§. 53. Le volume et le poids du fruit ne peuvent plus être déterminés avec autant de justesse dans les mois suivans, parceque dans un même période ils peuvent varier considérablement à cause de la différence des fruits. Cependant on peut admettre sur ce point pour terme moyen ce qui suit.

Au *sixième mois* la longueur du foetus, prise dans sa totalité, peut monter à 12 pouces environ. Ses membres commencent à se proportionner, la peau à se dérider, les cheveux de la tête prennent une couleur plus foncée. L'enfant né à ce terme peut respirer, crier, peut-être même avaler; mais n'étant pas encore viable il meurt ordinairement dans peu d'heures.

§. 54. Au *septième mois* la longueur de l'enfant est de 14 à 15 pouces, sa pesanteur de 4 à 5 ℔. C'est principalement dans ce tems que la graisse augmente sous la peau de l'enfant, qu'il prend de l'embonpoint et se perfectionne. Cependant sa face est souvent encore fort ridée, ses extrémités sont maigres, ses cheveux cotonneux, touffus, par tout le corps; ses ongles, quoique marqués, sont encore peu formés; la fontanelle antérieure est grande, la postérieure très petite, même le plus souvent déjà fermée; les os du crâne sont encore très mobiles. L'enfant né à la fin de ce mois est viable, et peut, à force de soins, quoique très rarement, être conservé en vie.

§. 55. Même au *huitième*, et au commencement du neuvième *mois*, l'enfant exige de grands soins, des attentions soutenues et bien dirigées pour le conserver. Le succès en est plus certain en raison de l'avancement de la grossesse au neuvième mois. L'enfant né avant terme ap-

porte toujours un penchant au sommeil, selon que sa naissance a été plus ou moins prématurée. Au huitième mois la longueur de l'enfant est de 16 à 18 pouces, son poids de 5 à 5½ ℔.

§. 56. *A la fin du neuvième mois*, le fruit pèse 6 à 7 ℔, rarement plus ou moins, jamais au dessus de 10 ℔. Sa longueur est de 18 à 20 pouces et au delà. La grosseur de sa tête est désignée §. 13. La largeur des épaules est 4½ à 5 pouces, celle des hanches 3½ à 4½. On peut couvrir la fontanelle antérieure avec deux travers de doigts, la postérieure est fermée, la tête fort chevelue, le duvet du reste du corps a disparu, la forte quantité de graisse sous la peau lui a ôté sa rudesse, l'a déridée et rendu chaque partie formée et arondie; les ongles ont pris leur forme et leur force, la voix est libre et forte.

§. 57. La nutrition et l'accroissement du foetus se fait principalement par la masse de sang qui lui est transmise par le placenta et le cordon ombilical, et peut-être encore par les eaux de l'amnios. (§. 38.)

§. 58. A l'égard de la *situation du foetus* dans la matrice, son instabilité diminue en raison que le fruit se développe et approche de son terme. Pendant le premier mi-terme de la grossesse, nageant dans l'eau de l'amnios, qui est alors, à proportion du volume du foetus,

plus abondante que plus tard (§. 36.), le fruit change de position à chaque mouvement marquant de sa mère; de sorte, cependant, que la plus pesante partie, la tête, se dirige vers en-bas. Après mi-terme de la grossesse, où, au contraire la quantité des eaux de l'amnios diminue, et le volume du foetus augmente, ce dernier devient toujours plus gêné dans ses changemens de situation, et se trouve obligé vers le septième mois de la fixer. Voici comment elle est disposée dans l'ordre naturel: la tête est située au bas, les fesses le sont en en-haut, le dos est tourné en avant et à gauche, le ventre en arrière et à droite de la mère. Plus rarement le dos est tourné en avant et à droite, le ventre en arrière et à gauche.

§. 59. Pour occuper le moins possible d'espace, *l'attitude du foetus* est ordinairement la suivante: la tête est inclinée vers la poitrine, les avant-bras sont étendus latéralement, ou appliqués, à mains fermées, sur la face, ou croisés sur la poitrine; les cuisses sont pliées vers le bas-ventre, et les jambes sur les cuisses, tellement que les talons sont appuyés sur les fesses.

---

§. 60. Ainsi que dans tout le règne de la nature vivifiée, il se fait des écarts, et que des aberrations peuvent naître dans toute ses productions, il en est de même à l'égard de l'oeuf humain. Attendu que soit l'oeuf en entier, ou

le fruit seulement, peuvent être très différemment desorganisés.

§. 61. On donne le nom de *mole* à un oeuf entièrement dégénéré; substance carniforme et mollasse dans laquelle on ne peut reconnoître ni la structure de l'oeuf, ni une forme semblable à un fruit; seulement y apperçoit on une trace de ce dernier. La mole se forme, dans ou hors de la matrice, à la suite de la conception. L'oeuf étant susceptible de structures abnormes très différentes, on lui donne les noms analogues de mole *sanguineuse*, *séreuse*, *calcaire*, *aerienne*, *vésiculaire*, *charnue*, *pierreuse etc. etc.*

§. 62. On nomme encore improprement mole d'autres produits dans la matrice, dont l'origine n'a point été une suite de la conception, et qui par cette raison sont qualifiés de *fausses moles*, par opposition aux vraies. Par exemple des amas de sang, de fluide séreux, des polypes dans la matrice etc. etc.

§. 63. Le fruit lui-même peut être, sous divers rapports, de conformation vicieuse. Pour lors, si sa difformité extérieure se manifeste à un très haut degré, ou au point que la défiguration de l'enfant soit frappante, on l'apelle *monstre*, *monstruosité*; tel p. e. qu'un foetus à deux têtes, ou sans tête, ou deux enfans adhérens entre eux, un fruit qui aurait plus ou moins de quatre extrémités etc.

Difformité est la qualification qu'on donne aux écarts moins considérables de l'ordre naturel. Par exemple trop, ou trop peu de doigts, ou d'orteils, ou leur adhérence; le bec de lièvre; la bouche, les paupières, l'anus imperforés.

Enfin on désigne, sous le nom *d'envie*, le défaut de conformation qui n'existe que sur la peau; comme des taches, des petites excroissances etc.

§. 64. Nous ne croyons pas hors de propos d'observer ici: que, d'après des exemples fréquens, des enfans peuvent naître attaqués des infirmités de la peau, que nous appelons maladies cutanées contagieuses; de même, que d'autres maladies, comme: scrofules, mal vénérien et autres, si leur mère en a été affectée.

§. 65. Si dans un tems on est allé trop loin, en attribuant uniquement à une imagination exaltée, ou à de vives émotions, éprouvées pendant la grossesse, les causes de ces difformités de l'oeuf et surtout du foetus; on est tombé dans un autre extrême dans des tems plus modernes, et l'on se trompe également en niant complètement ces influences prouvées par des faits incontestables. Les causes de ces vices de conformation peuvent donc être psycologiques, ou phisiques; probablement elles sont encore plus souvent purement mécaniques.

CHAPITRE II.

Des parties de la femme qui servent à la génération et à l'accouchement.

§. 66. On nomme *parties de la génération*, ou *parties génitales*, les organes de la femme qui ont le plus de rapport à la génération, à la grossesse, et à l'accouchement. Organes dans lesquels, et par lesquels, s'opére l'acte important de la génération et de l'enfantement.

§. 67. On divise ces organes en parties *dures*, ou osseuses, et en parties *molles* ou charnues. Les premières comprennent le bassin; les dernières sont celles, qui, situées extérieurement et intérieurement du bassin, servent à la génération et à l'enfantement.

I. Des parties dures, ou du bassin.

§. 68. Les os qui entrent dans la composition du bassin (§. 20.) sont les os *coxaux*, le *sacrum* et le *coccix;* lesquels forment ensemble un vide qu'on nomme la *cavité du bassin*, ou *cavité pelvienne.*

§. 69. Les *os coxaux*, ou *des hanches*, ou *os innominés*, occupent, au nombre de deux, les parties antérieures et latérales du bassin. Dans le foetus, et après la naissance jusqu'à

l'âge nubile, chacun de ces os est composé de trois pièces, qu'on discerne encore en imagination, dans le bassin totalement formé, savoir: *l'ilium* pour la région supérieure, *l'ischion* pour l'inférieure, le *pubis* pour l'antérieure.

§. 70. Sur *l'ilium*, ou l'os des iles, on discerne une face externe et une interne, et à celle-ci la *ligne innominée* qui s'étend jusqu'au pubis et au sacrum. On y distingue encore un bord supérieur, ou *la crète iliaque*; un bord antérieur, et un postérieur, dont chacun a deux *épines* qu'on discerne par *supérieure* et *inférieure*; enfin on remarque encore *l'échancrure sacro-sciatique*.

§. 71. On divise *l'ischion* en *corps*, comme partie supérieure, en *branche descendante* et en branche *ascendante*. Outre sa face interne et externe l'on y distingue *l'épine sciatique*, *la tubérosité* et *l'échancrure sciatique*.

§. 72. *Le pubis* se divise en *partie* ou branche *horizontale*, et en *partie descendante*, en distinguant la surface antérieure, la postérieure, et l'intérieure ou la face conjonctive.

§. 73. Les trois pièces de l'os des hanches forment sur sa face extérieure, à l'endroit où ils se joignent, la *cavité cotyloïde*. Le *trou ovalaire* au contraire se trouve entre le pubis et l'ischion. En outre il importe de distinguer la *connexion illio-pubienne* et *l'ischio-pubienne*.

§. 74. *L'os sacré*, ou *le sacrum*, occupe la partie postérieure du bassin. Il consiste en cinq pièces appelées fausses vertèbres (§. 18.), lesquelles s'ossifient ensemble à l'âge nubile. On remarque au sacrum la face concave antérieure, et la face convexe postérieure, deux bords latéraux, le *sommet* et *la base*, à chaque côté quatre *trous sacrés*, le *canal sacré* et les *fausses appophyses épineuses*.

§. 75. *Le coccix* est situé au sommet du sacrum; ayant la même forme triangulaire il à conséquemment les mêmes faces et les mêmes bords. Le coccix est composé de 3, 4 à 5 fausses vertèbres qui forment des articulations mobiles.

§. 76. La reunion des coxaux entre eux, qui se fait au moyen d'un cartilage et de ligamens se nomme *simphyses des pubis*, et son bord inférieur *arcade des pubis*. Chacun des coxaux forme encore postérieurement avec le sacrum une connexion appelée *simphyse sacro-iliaque*. L'os sacré, par son articulation en en-haut à la dernière vertèbre lombaire, forme avec celle-ci *le promontoire*, ou *l'angle sacro-vertèbral;* inférieurement il se réunit au coccix. Enfin il projète encore de chacun des côtés à la tubérosité et à l'épine deux forts ligamens qui consolident ces deux os, et resserrent avec une souplesse convenable le détroit inférieur du bassin. Ce

sont les ligamens *sacro-ischiatique*, ou *sacro-sciatique*, *grands et petits*.

§. 77. Toutes les connexions de ces os, excepté celle du coccix au sacrum, sont immobiles, ou du moins leur mobilité, si tant est qu'il y en ait dans l'accouchement, est insignifiante. Le coccix au contraire peut se mouvoir en avant et en arrière.

§. 78. On divise le bassin rélativement à sa cavité en *grand*, soit *supérieur*, et en *petit*, soit *inférieur*. Le grand est la partie du bassin située en dessus, le petit est celle en dessous de la ligne innominée.

§. 79. Au *petit bassin* on distingue *l'ouverture supérieure*, soit *détroit supérieur*, ou *abdominal*; *l'ouverture inférieure*, ou *détroit inférieur*, ou *périnéal*, et *l'excavation du bassin*, ou *la cavité pelvienne*. Le détroit supérieur est situé entre les lignes innominées, l'inférieur entre les deux tubérosités ischiatiques, le coccix et l'arcade des pubis. On nomme excavation du bassin l'espace entre les deux détroits.

§. 80. Pour se mettre en état de déterminer les différentes capacités et formes qui se présentent dans le bassin, et de juger du passage règulier, ou irrègulier, de l'enfant à l'heure de l'accouchement; on y admet selon sa conformation divers diamètres, dont nous donnons ici les dimensions dans l'ordre naturel.

On n'admet qu'un diamètre du grand bassin, lequel, pris de l'épine antérieure et supérieure, d'un os des iles à celle de l'autre, est communément de 9 à 10 pouces.

§. 81. On admet au *détroit abdominal* quatre diamètres: le diamètre *transversal*, ou *grand transversal*, ou *iliaque*, ou le *grand* simplement dit, allant du milieu de l'une des lignes innominées au milieu de l'autre, est de 5 pouces; les deux *obliques*, ou *moyens*, s'étendent chacun du milieu de la partie horizontale du pubis d'un côté, à la partie supérieure de la symphyse sacro-iliaque de l'autre côté; on estime chacun de ces diamètres à 4½ pouces; et à 4 pouces le diamètre *sacro-pubien*, ou *petit antéro-postérieur* qui s'étend du haut de la symphyse des pubis au promontoire.

§. 82. Dans *l'excavation* du bassin on distingue les mêmes quatre diamètres: chacun des *obliques*, ou *grands-obliques*, est supposé allant du centre du trou ovalaire à la partie inférieure de la symphyse sacro-iliaque de l'autre côté; l'un et l'autre de ces diamètres est de 4¾ à 5 pouces et le plus souvent au delà. Le diamètre *antéro-postérieur de l'excavation*, ou *grand antéro-postérieur*, soit *grand sacro-pubien*, de 4½ à 4¾ pouces est plus grand ici que le transversal, tandis que les obliques sont ordinairement les plus grands; il s'étend du milieu de la symphyse des pubis à la jonction de la seconde et

troisième fausse-vertèbre du sacrum. Le diamètre *transversal*, ou *cotyloïdien*, ou *petit transversal*, de 4 à 4¼ pouces, se dirige du bord interne du fond de la cavité cotyloïde à la même place du côté opposé.

§. 83. On peut également admettre les mêmes diamètres au *détroit inférieur* du bassin. Le *grand*, ou *cocci-pubien*, ou *antéro-postérieur* du détroit périnéal, pris de la pointe du coccix à l'arcade des pubis, est de 3¼ à 3½ pouces dans l'état ordinaire du coccix; mais la pointe de celui-ci pouvant, sans nuire, reculer dans le travail d'enfant, ce diamètre peut augmenter d'un demi et même d'un pouce. Le diamètre *transversal*, ou *moyen*, ou *ischiatique*, passant d'une tuberosité sciatique à l'autre, est de 3½ à 3¾ de pouces. Chacun des *obliques*, de 3¼ à 3½ pouces, est pris d'un côté de la connexion ischio-pubienne à l'autre côté au milieu du ligament grand sacro-ischiatique; par la souplesse et le relâchement de cet organe ce diamètre est également susceptible de quelqu' augmentation dans l'accouchement.

Enfin on distingue encore le *diamètre diagonal* du petit bassin, dont l'étendue, du milieu de l'arcade pubienne au promontoire, est de 4½ pouces.

§. 84. Le vide du bassin bien conformé a sept pouces de profondeur prise de l'épine an-

térieure et supérieure de l'ilium à la tubérosité sciatique ; celui du bassin supérieur a 3 à 3½, et celui de l'inférieur latéralement 3½ à 4 pouces, en arrière 4½ à 5, en avant 1½ pouces.

§. 85. *L'axe du bassin* est encore une ligne imaginaire qui passe du haut en-bas par le milieu de la cavité du bassin, tellement qu'elle est par-tout également distante de ses parois. Bien que l'axe d'un corps doive être une ligne droite, celle-ci présente une courbure à peu près parallèle à la concavité du sacrum ; ainsi ce n'est que comparativement qu'on la doit nommer axe du bassin. Cet axe nous montre au juste la marche que doit prendre dans l'accouchement l'enfant et ses différentes parties pour traverser le bassin ; et il nous indique la direction que la main, et en cas de nécessité, les instrumens doivent suivre dans les parties de la génération. Enfin il sert encore en quelque sorte à déterminer l'inclinaison du bassin.

§, 86. Par *inclinaison du bassin* on entend sa position individuelle par rapport au reste du squelette. Dans la position naturelle le bassin est tellement placé rélativement au squelette, que le diamètre grand-antéro-postérieur ne s'étend pas horizontalement, mais obliquement du haut en-bas et d'arrière en avant ; de sorte que le bord supérieur de la symphyse des pubis est situé un peu plus bas que le promontoire ; cette position est nommée *l'inclinaison moyenne*,

ou régulière du bassin. Mais il est des bassins qui se rapprochent, ou s'écartent plus ou moins irrégulièrement et fortement de cette moyenne situation, et pour lors on les appelle *trop*, ou *trop-peu inclinés*.

§. 87. Outre la mauvaise position le bassin peut avoir des conformations vicieuses. Il peut notamment être soit trop étroit, soit trop large, ou oblique; des excroissances peuvent s'y élever, les symphyses s'ossifier.

§. 88. Le *bassin est trop étroit*, (*angustie du bassin*) lorsqu'un seul ou plusieurs de ses diamètres s'écartent tellement de la longueur régulière, ci-desssus d'ésignée, que dans le travail ils rendent le passage de l'enfant impossible sans le secours de l'art. L'étroitesse du bassin dans toutes ses dimensions est au reste un phénomène qui se présente rarement, peut-être jamais; le plus souvent elle n'a lieu qu'à l'égard d'un seul diamètre, et le plus communément de l'un des antéro-postérieurs.

§. 89. *Le bassin* est au contraire *trop large*, quand tous, ou plusieurs de ses diamètres, sont plus grands, que les dimensions indiquées. Cet excès de capacité du bassin dans tout son ensemble se présente quelque-fois, mais plus souvent ce n'est qu'à l'égard du détroit inférieur, ou du supérieur, et pour lors le plus fréquemment dans tous ses diamètres.

§. 90. *Le bassin* est *oblique* lorsque les deux diamètres obliques d'une de ses ouvertures ne sont pas de la même étendue : ce qui peut avoir lieu ou dans une seule ouverture, ou dans tout le bassin à la fois ; circonstance dans laquelle le bassin est souvent d'un côté moins profond que de l'autre, l'un des iliums plus bas que l'autre, le promontoire disposé obliquement vers la symphyse des pubis, et l'une des cavités cothyloïdes dans une situation différente de l'autre.

§. 91. *Les excroissances osseuses* (*exostoses*) peuvent s'élever sur chaque partie de la surface interne du bassin ; mais c'est aux symphyses qu'elles paroissent le plus fréquemment, quand celles-ci sont ossifiées. C'est cette union non naturelle, établie entre deux os, qu'on nomme *Anchylose*. L'anchylose de la jointure du coccix au sacrum, et celle des fausses vertèbres du coccix entre-elles, rendent surtout l'enfantement pénible.

Enfin le sacrum peut être trop applati, ou trop concave, trop long ou trop court, et trop éminent au promontoire.

§. 92. A l'égard des *différences entre le bassin de l'homme et celui de la femme*, elles ne sont guère perceptibles que depuis l'âge de puberté, le bassin des deux sexes étant au paravant assez semblable. Ce n'est que dès cette

époque que celui de la femme se développe, et éprouve les changemens conformes à sa destination, tandis que celui de l'homme continue à rester dans sa conformation primitive.

Indépendamment de ce que les os du bassin, ainsi que les autres ossemens de la femme, portent le caractère de son sexe, en ce qu'ils sont plus minces, plus lisses et mieux arrondis, que ceux de l'homme, le bassin de la femme se distingue encore par les différences suivantes : il est plus large dans tous ses diamètres, la situation des iliums est plus horizontale, le sacrum est plus large, sa concavité plus douce, le coccix est plus mobile, les branches descendantes du pubis et les ascendantes de l'ischion sont plus divergentes, et conséquemment les tubérosités sciatiques plus éloignées entre-elles chez la femme que chez l'homme; la symphyse des pubis est moins haute, et trace au bord inférieur une arcade, dans l'homme au contraire un angle aïgu. Les cavités cotyloïdes, placées plus en avant, sont plus écartées l'une de l'autre, et, par cette raison, aussi les grands trochanters du fémur; d'où provient encore chez la femme une plus grande convergence de ces os vers les genoux.

II. Des Parties molles.

§. 93. On les divise en externes et internes. Les *externes*, nommées *parties honteuses*, sont situées en dehors du bassin. Elles compren-

nent : *le mont de vènus*, *les grandes lèvres*, *les nymphes*, *le clitoris*, *l'orifice de l'urètre* ou *le mèat urinaire*, *l'orifice du vagin*, *l'hymen*, la *fosse naviculaire et la fourchette.*

L'on ajoute, quoique très improprement, à ces parties extérieures le *périnée* et *l'anus* à cause de leur rapport avec ces parties dans l'accouchement.

§. 94. *Le mont de vènus*, où *le pénil*, est cette proéminence, formée d'un tissu cellulaire graisseux, qui couvre la symphyse pubienne et qui dès l'age de puberté est couverte de poils.

§. 95. *Les grandes lèvres* sont deux replis de la peau, garnis de graisse, couverts de poils, et qui descendent du mont de vènus au périnée. Les grandes lèvres forment une fente qu'on appelle *la vulve* ; elles sont plus épaisses et plus fermes chez les vierges que chez les femmes mariées.

§. 96. *Les nymphes ou petites lèvres*, situées entre les grandes lèvres, sont encore deux plis, dont la couleur est vermeille et la forme semblable à celle de la crête d'un coq. Chacune de ces nymphes prend son origine au clitoris, auquel elles servent, par un replis, comme de *prépuce* et descendent à côté de l'orifice du méat urinaire jusqu'à la partie supérieure de l'entrée du vagin. Elles sont dans l'état de virginité fermes au toucher.

§. 97. On apperçoit à la commissure des nymphes un petit corps rougéatre nommé le *clitoris*. Cet organe est spongieux, très sanguin, susceptible d'extension et doué d'une grande sensibilité. Il prend naissance, à la branche descendante de l'un et l'autre des os pubis, avec deux corps caverneux, lesquels se joignent à l'arcade pubienne et aboutissent à la vulve.

§. 98. Six à neuf lignes inférieurement du clitoris, immédiatement en dessus de l'entrée du vagin, entre l'extrémité inférieure des petites lèvres, on remarque *l'orifice de l'urètre*. L'urètre est un petit canal membraneux d'environ 2 pouces de l'ongueur, qui passe dessous l'arcade du pubis venant de la vessie.

§. 99. Au-dessous de cet organe se trouve *l'orifice du vagin* qui, dans l'état de virginité, est pourvu d'une membrane circulaire, ou en forme de croissant, connu sous le nom *d'hymen*, lequel ferme en partie l'entrée du vagin, mais qui se déchire dans les premières approches conjugales, et forme ensuite les *caroncules myrtiformes*, ou *vaginales*, qui en sont les débris.

§. 100. Les grandes lèvres s'unissent en en-bas au moyen d'un petit repli transversal nommé *la fourchette*. C'est entre celle-ci et l'entrée du vagin que se trouve une petite fosse qu'on appelle *la fosse naviculaire*.

§. 101. *Le périnée* est l'espace entre la fourchette et l'anus. Son étendue ordinaire est d'en-

viron deux travers de doigts. Il est composé de quelques petits muscles, de plusieurs vaisseaux sanguins et de la peau.

§. 102. On distingue, selon l'inclinaison du bassin, trois différentes situations des parties externes de la génération, savoir: *la position antérieure*, lorsque le bassin n'a pas assez d'inclinaison; la *moyenne*, lorsqu'il est médiocrement incliné; et la *postérieure*, quand le bassin a trop d'inclinaison.

§. 103. *Les parties génitales internes* sont: *le vagin*, *la matrice*, *les trompes de Fallope*, *les ovaires et les ligamens utérins*. On y admet encore, quoiqu' assez improprement, mais à cause de leur proximité et de leur influence dans les accouchemens, *la vessie et l'intestin rectum*.

§. 104. *Le vagin* est un canal membraneux de la longueur de 4 à 5 pouces sur un de largeur, et comprimé un peu d'en avant en arrière. Il est situé dans la cavité pelvienne, ayant en avant l'urêtre et la vessie, en arrière l'intestin rectum, et se dirigeant de la vulve au col de la matrice, où il se termine de manière que celui-ci plonge dans la partie supérieure du vagin, qu'on nomme *le fond ou la voute* du vagin. On distingue dans cet organe deux parois, une antérieure et une postérieure; de même que deux membranes, dont l'une externe, l'autre interne. Celle-ci est une membrane mu-

queuse qui loge un grand nombre de follicules. Le vagin, surtout à la partie inférieure de la paroi antérieure, contient également beaucoup de rides, qui disparoissent en partie par l'accouchement et par le fréquent usage de l'acte de la génération.

§. 105. *La matrice* ou *l'utérus*, est un viscère creux d'une structure particulière, qui se rapproche du genre des cartilages dans l'état de virginité, et de celui des muscles dans la grossesse, et contient beaucoup de nerfs et de vaisseaux. Elle est située dans la région supérieure de l'excavation du bassin entre la vessie et l'intestin rectum. Sa figure ressemble à une poire aplatie, dont le gros bout est tourné en en-haut, le petit vers en-bas. La matrice possède exclusivement aux autres organes la propriété très-remarquable, de pouvoir, pendant la grossesse, augmenter considérablement en masse, en force et en expansion, et la faculté de se retrécir bien plus vite encore dans son premier état après la délivrance. Ce viscère est enveloppé extérieurement du péritoine, intérieurement d'une membrane lisse et perspiratoire. On y distingue antérieurement la face pubienne ou platte, postérieurement la face sacrée ou convexe, deux bords latéraux, le bord supérieur, et deux angles aux points où ces bords se rencontrent supérieurement.

On divise la matrice encore en trois parties,

savoir : *le fond*, ou la partie supérieure ; *le corps*, qui en est la moyenne, *et le col*, la partie inférieure et mince, qui descend dans la voute du vagin et qu'on nomme à cause de sa forme *museau de tanche.*

Dans le corps de la matrice on trouve une cavité triangulaire si petite, que ses parois se touchent presque par leur face interne. Dans cette cavité sont à remarquer trois ouvertures, dont deux, dans chacun des angles de la matrice, se portent de leur côté dans la trompe de Fallope ; la troisième, appellée *orifice interne*, vers le bas, conduit dans le col de la matrice.

Le col de la matrice forme un petit canal, qui, ayant sa plus grande ampleur dans son milieu, communique en en-haut par l'orifice interne, avec la cavité du corps de la matrice, et se termine inférieuremt dans le vagin, où il reçoit le nom *d'orifice inférieur, ou externe, ou vaginal de l'utérus*, et qui forme, dans l'état de virginité, une fente transversale, dont on distingue les deux bords relevés et lisses par *lèvre antérieure* et lèvre *postérieure*, desquelles la première est plus saillante.

§. 106. *Les trompes ou tubes utérines, ou trompes de Fallope*, sont deux conduits membraneux, étroits et vermiformes, situés aux deux côtés du fond de l'utérus. Ils naissent des deux angles de l'utérus, et serpentent vers les parties

latérales du bassin. Chacune de ces trompes est par son extrémité interne en rapport avec la matrice; *l'externe*, nommée *le pavillon*, est évasée et garnie de *franges*, au milieu desquelles se trouve une ouverture. Elle aboutit extérieurement et supérieurement de l'ovaire et s'ouvre dans l'abdomen.

§. 107. *Les ovaires* sont deux corps longitudinaux arrondis, aplatis, en quelque sorte glanduleux, placés latéralement de la matrice et au-dessous des trompes. Chacun de ces organes contient 12 à 20 vesicules, remplies d'un fluide lymphatique, qu'on nomme *oeufs* et qui portent les germes de l'homme à naître.

§. 108. On distingue *les ligamens de l'utérus* en *larges* et en *ronds*. Les premiers sont deux duplicatures du péritoine, dont les deux lames renfermant la matrice, l'attachent aux os coxaux, et se dirigent transversalement du bord de l'utérus à la paroi latérale du bassin.

Les prétendus *ligamens ronds, ou cordons sus-pubiens*, sont deux replis de la lame antérieure des ligamens larges, en forme de petits cordons, contenant un plexus vasculeux, et qui naissent des angles de la matrice. Chacun de ces cordons s'étend de son côté aux aines, passe par l'anneau inguinal et va se perdre dans le mont de venus.

§. 109. *La vessie* est un sac membraneux, servant à recevoir et à contenir l'urine, après avoir été préparée dans les reins, pour être évacuée ensuite par l'urètre. La vessie est située au devant de la matrice et en arrière de la symphyse du pubis.

§. 110. *L'intestin rectum* est l'extrémité inférieure du canal intestinal, dans lequel s'amassent les excrémens jusqu'au moment de leur déjection. Cet intestin descend à la symphyse sacro-iliaque gauche dans la cavité du bassin, et se trouve ainsi placé un peu à gauche et en arrière de la matrice, aboutissant à l'anus.

§. 111. Les parties molles de la génération sont sujettes, par rapport aux accouchemens, à des vices plus ou moins graves. Les suivans sont du nombre des plus conséquents.

Les grandes et les petites lèvres peuvent être en partie, ou totalement, unies l'une à l'autre, elles peuvent être difformes, œdémateuses, enflammées, ulcérées, ou affectées soit de veines variqueuses ou de hernie; le clitoris peut être trop grand, l'hymen fermé ou endurci; le périnée est quelque-fois trop grand, ou trop court, ou, par l'effet de quelque maladie, disposé à se déchirer.

Le vagin peut être trop court ou trop long, trop étroit, ou même tout à fait fermé; il est

exposé aux inflammations, aux ulcérations, aux fleurs blanches, aux ruptures et au prolapsus; cet organe peut encore être affecté de veines variqueuses, de hernie, de polype.

L'utérus peut être foible, enflammé, ulcéré, rompu, hydropique, squirreux ou attaqué de polype; enfin il peut être ou double, ou même totalement absent. Ce viscère est également sujet à des positions défectueuses, telles que l'obliquité, le prolapsus, l'anté-version, la rétroversion et le renversement. L'orifice de l'utérus en particulier peut s'endurcir, se retrécir, se fermer.

Il n'est pas rare de trouver les trompes et les ovaires attaqués des maladies de l'utérus, quoiqu'elles soyent plus particulièrement sujettes à être resserrés, fermés, enflammés, endurcis, hydropiques, squirreuses.

III. Des fonctions des parties molles de la génération.

§. 112. *Les parties externes de la génération*, en y comprenant le vagin, sont les organes destinés à *l'acte prolifique*, et, principalement le clitoris à cause de sa grande sensibilité, le siège de la volupté. Ainsi ces organes ont peu de rapport à l'art des accouchemens. Du reste les grandes lèvres garantissent et couvrent ces parties.

§. 113. C'est aux *parties génitales internes* qu'appartient le grand œuvre *de la génération*, de la *grossesse et de l'enfantement.* Hormis ces fonctions nul de ces organes n'est actif dès l'âge adulte, que l'utérus par *les règles.*

§. 114. On appelle *les règles*, *les mois*, *les menstrues*, *les ordinaires*, *le flux lunaire*, *le flux menstruel*, l'évacuation naturelle d'un fluide sanguin et périodique de la matrice, durant 3 à 4 jours, et revenant au bout de 4 semaines. Ce fluide est d'abord séreux, ensuite de sang pur, et finalement encore séreux; sa quantité peut aller de 4 à 6 onces en tout.

§. 115. Cette bénigne évacuation provient d'une surabondance de sang, destinée à la procréation humaine; aussi n'a-t-elle lieu que lorsque cette fin est possible, mais non remplie; ou en d'autres termes: quand la femme en âge de puberté, ne repondant pas encore à sa destination, n'est ni enceinte, ni nourrice.

§. 116. L'âge nubile dans ce climat tempéré commence entre la quatorzième et la seizième année, et cesse entre la quarante cinquième et la cinquantième; rarement il commence plutôt, souvent plus tard, et pour lors sa durée est proportionnément plus ou moins longue.

§. 117. Dès le commencement de la grossesse le flux menstruel cesse, et dans l'ordre

naturel ne reparoit point pendant tout le tems de la grossesse, des couches et de l'allaitement. Il cesse encore dans quelques maladies.

Les règles reparoissent dès que la femme cesse d'allaiter, et 3 à 4 semaines après la cessation des lochies, lorsqu'elle ne nourrit pas après sa délivrance.

§. 118. L'apparition des premières règles chez les filles en âge de puberté s'annonce ordinairement par des *symptomes* particuliers, appelés *avant courreurs des règles.* Elles éprouvent un sentiment de malaise, de lassitude, d'engourdissement, de pesanteur dans le bas-ventre; à quoi s'associent encore des maux de tête, une mauvaise digestion, des douleurs de colique et quelque-fois d'autres accidens et maladies, tels que vomissemens, diarrhées, engorgement des glandes etc. Ce période est encore marqué chez les filles par l'accroissement des mamelles qui se forment et s'affermissent, souvent même avec quelque douleur. Chez plusieurs femmes ces mêmes signes des premières menstrues se renouvellent encore au retour de leurs règles.

§. 119. Bienqu' un grand nombre de femmes éprouvent régulièrement cette évacuation, on y remarque cependant de grandes variations chez d'autres individus. En général aucune fonction du corps humain n'est peut-être si sujette à

s'écarter de la règle. Le flux menstruel peut revenir trop rarement ou trop souvent; sa durée peut être ou trop longue, ou trop courte; la qualité du sang défectueuse, sa quantité trop forte, ou trop foible. La première apparition des règles peut avoir lieu déjà dans l'enfance, même à la naissance, ou manquer totalement; cette évacuation peut cesser trop tôt, ou trop tard, reparoître plusieurs fois, ou même périodiquement durant la grossesse et l'allaitement, et on a vu des femmes qui n'ont été réglées que pendant leurs grossesses. Cet écoulement enfin peut encore s'éfectuer par des dévoyemens.

§. 120. Les fonctions qui, outre les menstrues, appartiennent encore aux parties sexuelles internes sont: l'acte de la génération, la conception, la grossesse et l'enfantement.

La conjonction des deux sexes peut être féconde ou inféconde. La fécondité est produite par l'injection de la semence de l'homme dans la matrice, d'où elle est transmise par les trompes aux ovaires; dans cet organe elle féconde un ou plusieurs œufs, qui, se séparant de l'ovaire, sont reçus par le pavillon de sa trompe, et portés par celle-ci à l'utérus où se développe l'œuf et se forme le fœtus. Cependant l'œuf peut, contre l'ordre naturel, n'être pas porté dans la matrice, mais par quelqu' obstacle être retenu dans l'ovaire, ou dans sa trompe, ou tomber de

l'ovaire dans la cavité du bassin et se développer plus où moins dans l'un de ces endroits.

On désigne ces différentes fonctions des organes génitaux, pendant lesquelles ils sont chargés d'une surabondance de sang, par les noms suivans: l'union, ou le concours, des deux sexes, dont la fin est la procréation de son semblable, s'appelle *génération*, *coït*; et *conception* l'effet de cet acte, qui est le détachement de l'œuf, et son passage par la trompe dans l'utérus; *gestation*, ou *grossesse*, le résultat de la conception c. a. d. la déposition et le séjour de l'œuf fécondé, dans la matrice.

La grossesse et l'accouchement seront, comme objets principaux, traités particulièrement.

CHAPITRE III.

De quelques organes différemment intéressès dans la Grossesse, l'Enfantement et les Couches.

§. 121. A la connoissance exacte des parties qui viennent d'être traitées, il convient que la sage-femme joigne une notion générale de quelques autres organes plus ou moins importans; tels sont: *la cavité et les muscles de l'abdomen*, *le diaphragme*, *le péritoine et les mamelles.*

§. 122. *L'abdomen, le bas-ventre, le ventre*, désignent également la cavité inférieure du tronc formée par les vertèbres lombaires, par le bassin, le diaphragme et les muscles abdominaux. Elle est tappissée intérieurement d'une membrane particulière, nommée le péritoine, et contient *les organes de la digestion*, qui sont : l'estomac, le canal intestinal, le foie, la vesicule du fiel, la rate et le pancréas; de plus *les organes urinaires*, qui sont les reins, les uretères et la vessie ; enfin les parties internes de la génération, et quelques grands vaisseaux sanguins.

§. 123. Les *muscles abdominaux* sont dix portions charnues, dont cinq occupent de chaque côté la sémi-face antérieure et latérale du bas-ventre. Ces muscles (excepté deux) sont longs et larges; ils descendent des côtes et du sternum au bassin, s'étendent postérieurement jusqu'à la colonne vertébrale, et s'unissent antérieurement; de manière qu'ils forment en avant, aux côtés et en quelque sorte même en arrière les parois de la cavité du ventre. Ces organes ont la faculté de resserrer le bas-ventre comme au moyen d'une large sangle, de comprimer fortement ses viscères et de faciliter ainsi les accouchemens. Ils ont encore le pouvoir de corriger un peu, durant la violence de leur action, la trop forte inclinaison du bassin.

§. 124. Après les muscles abdominaux, ainsi proprement nommés, il importe de con-

noître les quatre paires de muscles qui, en partie, garnissent intérieurement le bassin, savoir: les grands et petits *psoas*, ou *pré-lombo-trochantiniens et pré-lombo-pubiens*, de forme alongée, qui, partant des parties latérales des vertèbres lombaires, passant par dessus les lignes innominées, et aboutissant aux fémurs et aux pubis, retrécissent ainsi de quelque-peu le diamètre transversal du détroit supérieur du bassin; les muscles *iliaques*, ou *iliaco-trochantiniens*, qui couvrent la face interne des os des iles, se réunissent aux grands psoas et s'attachent avec ceux-ci aux fémurs; et les muscles *obturateurs* ou *sous-pubio-trochantériens internes*, qui ferment intérieurement les trous ovalaires, et qui passent par les échancrures sciatiques.

§. 125. Le *diaphragme* est également un muscle grand et large; lequel, situé entre les fausses-côtes, sépare la cavité du bas-ventre de celle du thorax. Ce muscle a la faculté de comprimer, par ses contractions, et de resserrer la cavité abdominale du haut-en-bas.

§. 126. Le *péritoine* est une membrane séreuse, souple, mince et diaphane, mais assez forte, qui revet intérieurement toute la cavité du bas-ventre, fournit une enveloppe aux organes de la disgestion et aux parties internes de la génération, et qui les contient dans leur situation naturelle par des replis qu'il forme en

y passant. Cette membrane, exhalant et absorbant continuellement un fluide séreux, arrose ainsi les intestins qu'elle contient. La disproportion entre l'exhalaison, et l'absorption occasionne un amas irrégulier de ce fluide, qu'on appelle hydropisie du bas-ventre. Le péritoine est en outre sujet à l'inflammation.

§. 127. A l'âge adulte et dans l'état de virginité *les mamelles* placées à la face antérieure du thorax, aux deux côtés du sternum entre la troisième et septième côte, représentent deux hémisphères élastiques, un peu tournées en-dehors, dont la peau est plus blanche, plus tendre et plus douce au toucher, que celle du reste du corps.

§. 128. Au milieu de la surface de chaque mamelle on remarque un petit cercle, nommé *l'aréole*, de couleur rouge, ou brune, fournie de grains sébacès qui séparent un fluide onctueux propre à la préserver de l'humidité à laquelle elle est sujette, durant le tems de l'allaitement. Au centre de l'aréole s'éléve une éminence plus ou moins grande et de même couleur, qu'on nomme le *mamelon*, ou la *pappille*. Elle est composée de beaucoup de nerfs, de vaisseaux sanguins, et de plusieurs bouts des conduits excréteurs de la glande mammaire.

§. 129. Au centre des mamelles se trouve, renfermé dans une quantité variable de graisse,

la *glande mammaire*, formée par une multitude de grains réunis par un tissu cellulaire. Ces grains sont le principe des *conduits lactifères*, c. a. d. d'un grand nombre de petits canaux membraneux très délicats, qui grossissent par leur réunion, en se rapprochant des *mamelons*, et se forment ici en 8 à 12 *tuyaux excréteurs*, qui se terminent par autant d'issues au bout de chaque mamelon.

§. 130. Ainsi que les autres organes les mamelles peuvent être défectueuses, et manquer leur destination: ce qui arrive en effet quand la mère est hors d'état de nourrir en tout ou en partie son nouveau-né. Quelquefois les mamelles excèdent en l'un ou l'autre sens la grandeur naturelle; souvent leurs mamelons sont très petits, presqu' irrémarquables et enfoncés; chez d'autres individus ils sont fort grands, quelquefois même doubles. Les mamelles sont encore susceptibles d'inflammations, de blessures, d'ulcères, de scirrhus et même de cancer.

§. 131. Les mamelles sont destinées à préparer la nourriture de l'enfant nouveau né: le lait. Les glandes en font la secrétion, les mamelons l'excrétion.

DFUXIÈME SECTION.

Du Toucher et des divers états des parties de la génération, ainsi que de celles qui ont rapport à l'accouchement.

CHAPITRE I.

Du Toucher.

§. 132. Les parties génitales, et celles qui concourrent à l'enfantement, peuvent être, comme on l'a observé plus haut, non seulement viciées ou malades, mais elles éprouvent en outre divers changemens, soit par la défloration, par la grossesse, ou par l'enfantement et pendant les couches; ainsi qu'il sera démontré par la suite.

§. 133. La reconnoissance de ces différens états des organes de la génération étant très

nécessaire à la sage-femme, nous allons indiquer la manière d'en faire la recherche: opération qu'on appelle *le Toucher*, parcequ'on y procède principalement par le tact.

§. 134. L'on pratique le toucher aux fins de reconnoître: 1) si une personne possède l'aptitude à la génération et à l'accouchement; conséquemment si ses organes destinés à ces fonctions sont bien ou mal conformés. 2) Si une personne est en état de virginité, ou de défloration, et si elle a enfanté ou non. 3) Pour découvrir si elle est enceinte, et en ce cas le terme de sa grossesse; si celle-ci est utérine ou extra-utérine, simple ou composée; si l'enfant est mort ou vivant; si c'est une fausse grossesse etc. 4) Si l'heure de l'enfantement est proche, si elle est déjà arrivée, ou à quel point l'accouchement est avancé; dans quelle position l'enfant se présente; de quelle manière s'opère la délivrance, et quelles sont les circonstances qui exigent le secours de l'art. 5) Pour se convaincre après l'accouchement de l'état des parties de la génération. 6) Pour s'instruire si une personne est nouvellement accouchée ou non. 7) Enfin pour découvrir un grand nombre de maladies de différentes espéces.

§. 135. Ce qu'on vient de dire suffira pour juger que l'art du toucher est une science des plus importantes pour la sage-femme. Ce n'est

qu'au moyen du toucher qu'elle obtient la certitude convaincante sur l'objet de ses recherches; c'est sur le toucher, qu'elle règle ses fonctions dans les accouchemens; de son exécution bien ou mal exercée dépendent souvent la santé, et l'éloignement du plus imminent danger, comme aussi la vie de la mère, de l'enfant, ou même de tous deux; l'honneur, la réputation d'une femme, quelquefois le sort d'une famille entière, et par réaction la tranquilité de conscience, et la réputation de la sage-femme.

Comme il est très difficile d'acquérir avec assurance une grande dextérité dans l'exercice de cet art, on ne sauroit trop recommander aux jeunes sage-femmes de le pratiquer fréquemment, en commençant de préférence sur des corps morts, puis sur des filles et enfin sur les femmes grosses etc.

§. 136. Ces recherches se divisent en *externes* et en *internes*: les externes ont pour objet l'examen des mamelles, du bas-ventre et de la surface externe du bassin. On y procède à l'égard des deux derniers à main ouverte, et quant au sein par le bout des doigts. Par le toucher intérieur on recherche les parties molles de la génération, la cavité du bassin, les parties de l'enfant qui se présentent dans le travail. On touche intérieurement du doigt indicateur seul, ou conjointement avec celui du milieu,

ou des quatre doigts sans le pouce, (jamais à trois,) ou enfin de la main entière, le bout des doigts reunis, et dont par un mouvement de rotation on doit faciliter l'introduction.

§. 137. Selon le cas et le but de la recherche on peut toucher la femme dans quatre différentes situations, savoir: debout, assise, couchée et à genoux.

Debout on peut également pratiquer le toucher sur toutes femmes en bonne santé, et sur celles en enfantement pendant les deux premiers périodes du travail, cette attitude étant la plus commode pour y procéder. La sage-femme, assise sur une chaise basse, prend la femme entre ses cuisses, de manière que celle-ci, en effaçant l'une de ses épaules, porte le bras de l'autre sur l'épaule de la sage-femme, qui alors touche la femme d'une main, en la tenant de l'autre autour de sa ceinture.

§. 138. *Assise* on peut toucher toute femme en santé, et celles en enfantement durant tout le cours du travail; mais particulièrement les malades qui ne se tiennent pas volontiers debout ou couchées. Elles peuvent être assises sur un lit, sur un lit de repos, ou sur une chaise; mais de manière que les fesses se reposent sur le bord du lit, ou de la chaise, et que le corps soit appuyé contre son dossier. La sage-femme se

placera devant, ou à côté de la personne, soit assise, ou debout. Si elle est devant la personne, elle appliquera une main sur son ventre; placée à côté, elle soutiendra la femme en passant un bras autour de sa ceinture.

§. 139. *Couchée*, on exerce le toucher sur toutes les femmes malades, ou en couche, ou en travail, et notamment dans les dernières périodes de l'enfantement. La femme est couchée ou sur le dos, le derrière relevé, ou sur le côté. Dans la première situation la main qui recherche se portera de l'un des côtés par-dessous, ou mieux encore par-dessus, la cuisse de la femme aux parties de la génération, tandis que l'autre main sera appliquée aux reins, ou sur son ventre. Si la personne se trouve tournée sur le côté, on lui passe un coussin entre les genoux, ou bien une aide lui soulève une cuisse; la sage-femme fait alors sa recherche par derrière d'une main, soutenant de l'autre les reins du sujet.

§. 140. La recherche sur la femme à *genoux* ne se pratique, que dans certains cas de déviation de la matrice ou de mauvaise position de l'enfant. Quand l'un ou l'autre a lieu, on place la femme à genoux sur un lit de repos, appuyée sur ses coudes et la tête penchée, ou bien dans la même posture sur ses jambes devant une chaise; la sage-femme, se tenant à côté de la

personne, dirige une main par derrière aux parties génitales, en soutenant de l'autre le ventre.

§. 141. Quelles que puissent être l'attitude et l'intention dans lesquelles on pratique le toucher; il convient essentiellement d'y observer en général les règles suivantes: 1) d'exercer cette importante recherche avec gravité et décence, mais surtout avec adresse, en tachant 2) d'offenser le moins possible la pudeur de la personne qu'on recherche. Pour cet effet on apportera sur place sans appareil affecté, ni ostentation, ce qui est nécessaire; on éloignera tout témoin inutile, et si le cas n'exige pas un changement d'attitude, la recherche se fera dans celle que la personne occupe; on ne la découvrira qu'autant qu'il sera indispensablement nécessaire, et pendant la recherche on détournera ses regards du sujet. 3) Il importe encore d'opérer sans rudesse, mais avec douceur, pour ne pas causer de douleur à la femme; par la même raison il convient encore de graisser par quelque douce onctuosité, ou mucilage, les doigts qui doivent servir au toucher interne; la main doit être chaude, les ongles doivent être coupés et point acérés; on n'introduira pas plus de doigts qu'il n'en faut, et on les appuyera toujours sur le périnée et la paroi postérieure du vagin, en suivant l'axe du bassin, et les retirant avec la même circonspection, avec laquelle ils ont été introduits. 4) Lorsque les circonstances

le demandent, on placera cependant la femme dans l'attitude la plus convenable au but qu'on se propose. 5) Il n'est pas moins important de s'habituer à faire dans un certain ordre et avec précision la recherche des parties qui en sont l'objet, et de n'en abandonner aucune sans s'être assuré de son état. 6) On s'abstiendra de fatiguer le sujet par d'autres recherches, que celles des parties dont on veut reconnoître l'état, c. a. d. on ne leur donnera pas plus d'étendue que ne l'exige la circonstance. 7) Enfin la sage-femme doit savoir aussi-bien toucher d'une main que de l'autre; elle s'abstiendra de travaux qui rendent les mains insensibles et dures, mais elle les entretiendra au contraire propres et saines.

§. 142. Si un toucher complet a lieu, il doit être commencé extérieurement et de là suivi intérieurement. Les organes qu'on touche extérieurement sont les mamelles, puis le bassin et l'abdomen.

§. 143. *Le toucher des mamelles* se pratique du bout des doigts; on ne se servira de la main de champ, que dans le cas où il est nécessaire d'en exprimer le lait; cependant on peut également l'extraire par la pompe à lait. Dans cette recherche il convient de se servir de la vue. On examine la conformation, la grosseur, la tension et la propreté des mamelles; la forme et la gran-

deur des mamelons, s'ils fournissent du lait, et quelle en est la qualité.

§. 144. *Le toucher externe du bassin* s'effectue de la manière suivante: on passe les deux mains de champ, sur la face extérieure des cuisses; depuis les genoux jusques sur les deux trochanters, et reconnoissant par cette recherche la forme et la convergence des cuisses, et l'éloignement des trochanters, on juge par cette distance de la largeur du petit bassin en raison de son diamètre transversal. De là on dirige les mains sur les deux crètes iliaques, pour reconnoître la structure et la largeur du grand bassin; et portant ensuite une main sur les pubis, l'autre au sacrum, on recherche la position et l'élevation des pubis, la courbure, la largeur et la longueur du sacrum et du coccix, comme aussi la situation du sacrum par rapport à la colonne vertèbrale, et enfin l'on juge encore de l'inclinaison du bassin et de la grandeur des diamètres sacro-pubiens et du cocci-pubien.

§. 145. Pour la *recherche du bas-ventre* une main suffit. On commence par l'appliquer transversalement au-dessus des pubis, la dirigeant ensuite vers l'endroit ou l'on suppose le fond de la matrice, et ayant découvert par une douce pression, la hauteur de sa situation, ainsi que l'état du nombril, on promène la main sur le ventre, pour reconnoître généralement sa circon-

férence, sa forme, les maladies ou les défauts dont peut-être il est affecté, tels que hernies et autres, le mouvement et la situation du fœtus etc. Le toucher sur les femmes en vacuité n'a lieu que pour s'assurer de l'étendue, de la solidité ou du relâchement de l'abdomen.

§. 146. Pour procéder au *toucher interne* la sage-femme glissera la main le long de la face intérieure de la cuisse, située de son côté, jusqu'aux parties de la génération, et appliquera le bout des doigts sur le périnée, puis elle placera la main de champ sur la vulve, pour rechercher si sa position est antérieure, postérieure, ou moyenne, et pour en conclure sur l'inclinaison du bassin; ensuite de quoi elle reconnoîtra par le doigt indicateur si le périnée est intègre, ou cicatrisé, ou déchiré. En continuant la recherche on écarte doucement, du pouce et de l'index, les grandes lèvres, et l'on introduit l'indicateur, (et suivant les circonstances deux ou quatre doigts, même la main,) en appuyant le pouce sur le pénil et les quatre doigts, ouverts ou fermés, sur le périnée. (Quand la recherche se fait par derrière, on porte le pouce sur le périnée et les doigts au pubis.) Par le doigt indicateur on examine la fourchette, sa présence, son absence, ou si elle est cicatrisée; alors on l'insinue avec précaution dans l'entrée du vagin, afin de reconnoître l'absence, ou la présence et la structure de l'hymen; pénétrant de là dans

le vagin même on en recherche l'amplitude, la longueur, la souplesse, le nombre et l'ordre de ses plis ; de plus, en tournant autour du col de la matrice, on examine sa situation, sa longueur, sa conformation, son épaisseur et sa solidité ; de même on s'assure de la conformation et de la grandeur de l'orifice utérin, et s'il a des déchirures, ou des cicatrices, comme aussi de la grosseur et de la mollesse des lèvres de cet organe ; et enfin on peut rechercher, durant la grossesse, par la voute du vagin, la partie de l'enfant qui se présente sur l'orifice.

Quand on veut reconnoître l'état intérieur du bassin, on avance, si cela est praticable, le bout de l'index au promontoire, de là au milieu du sacrum, et enfin au sommet du coccix. En appuyant alors ce doigt contre l'arcade pubienne on vérifie la longueur des diamètres sacro-pubiens et du cocci-pubien. Pour reconnoître la forme de la cavité du bassin, on parcourt avec l'extrémité du doigt indicateur de la main droite la sémi-circonférence à droite des détroits et de l'excavation, et l'on pratique la même chose avec l'indicateur gauche, dans le côté sénestre du bassin. Toutefois ces recherches internes du bassin sont toujours très difficiles, et ne peuvent avoir lieu que dans les accouchemens. Avant d'entreprendre le toucher interne il faut évacuer le rectum et la vessie.

§. 147. Le toucher externe et interne est également applicable de diverses manières dans le dessein d'examiner les mouvemens du foetus. On distingue deux sortes de *mouvemens du fruit, l'actif et le passif.* Les mouvemens actifs sont les mouvemens de l'enfant vivant et jouissant du libre exercice de ses membres. Ils sont très faciles à reconnoître, mais seulement après le quatrième mois de grossesse, en appliquant le matin la main froide sur le ventre de la femme, pendant qu'elle est encore à jeun, et couchée sur le dos, dans son lit, les muscles du ventre détendus. Du reste ce mouvement est presque dans chaque situation, et à toute heure du jour le resultat de l'application de la main froide sur le ventre.

Le mouvement passif, ou le *ballottement*, est le mouvement de l'enfant mort. Il peut être produit par son propre poids de deux manières : la première s'exécute en introduisant au fond du vagin le doigt indicateur, duquel on tâche de pousser en en-haut l'enfant qui repose sur la partie inférieure de la matrice, et qui retombe par son propre poids sur le doigt introduit ; mais on observera d'accélerer cet effet, par une douce pression de l'autre main, appliquée sur le fond de la matrice. En exécutant le second manuel, on laisse la personne couchée de côté, et, après avoir placé les deux mains ouvertes aux deux côtés de son ventre, on la

fera changer de situation en la tournant sur le côté opposé. C'est par ces mouvemens que le ballottement de l'enfant devient palpable. On peut présumer qu'il a également lieu chez l'enfant vivant, mais jamais si sensiblement.

§. 148. *Le toucher par le rectum* est principalement employé dans les cas d'une position irrégulière de la matrice, de l'étroitesse du vagin, de grossesses extra-utérines etc. Cette recherche se pratique la personne étant couchée sur le côté, ou se tenant debout en avançant le corps, et préférablement quand elle est appuyée sur ses coudes et ses genoux. Dans cette attitude on avance avec précaution dans l'anus, après l'avoir évacué par un clistère, l'index graissé, en le tournant, et en suivant la direction de ce canal. Souvent on touche en même tems de l'autre indicateur par le vagin, si non, on soutient de la main plate le ventre de la femme.

CHAPITRE II.

Des divers états des organes génitaux, et des autres parties qui ont rapport à l'accouchement.

§. 149. Après avoir traité du toucher en général, il importe d'examiner les divers états des

parties de la génération qui, quoique naturels, ne laissent pas d'offrir des variétés essentielles; et d'indiquer les signes par lesquels, malgré l'insuffisance de la plupart, on est autorisé à juger par le toucher de la présence ou de l'absence de la virginité, ou de la défloration, de la grossesse et des couches.

§. 150. Les *signes de la virginité* c. a. d. quand les parties sexuelles n'ont pas été changées par l'acte de la génération, et moins encore par l'accouchement, sont les suivans: les parties externes de la génération sont denses et dures; les grandes lèvres sont saillantes et fermées; la fourchette et le périnée inaltérés; les nymphes petites, vermeilles et fermées; l'orifice de l'urètre est enveloppé d'un petit bourrelet membraneux; l'hymen est présent et intègre, le vagin est étroit et offre un grand nombre de rides régulières; le col de la matrice est dur, presque cartilagineux, lisse, élastique et comprimé de devant en arrière; son orifice forme une petite fente transversale, sa lèvre antérieure est plus grande et plus gonflée que la postérieure, le bas-ventre est médiocrement bombé, élastique, un peu dur et sans rides. Les mamelles sont élastiques, dures, de forme hémisphèrique, se soutenant d'elles mêmes; les mamelons petits et pas encore développés.

§. 151. Les signes qui *caractérisent les par-*

ties de la génération changées par le coït, et plus encore par l'enfantement, sont : l'absence des signes indiqués ci-dessus qui désignent la virginité, auxquels se joignent encore d'autres indices particuliers ; tels que la rupture, ou une cicatrice au périnée ; le déchirement, ou la laxité de la fourchette ; la disparition de la fosse naviculaire, la vulve entre-ouverte, l'épaisseur et un plus grand volume du col de la matrice, la déchirure ou les cicatrices à l'orifice utérin, et la grosseur de ses lèvres, surtout de l'antérieure ; la laxité et les plissures aux tégumens du ventre ; les mamelles flasque, ou ratatinées ; les mamelons gros, de couleur foncée, et souvent cicatrisés.

§. 152. *Les signes qui indiquent* un enfantement récent et conséquemment *les couches*, sont: une foiblesse générale ou un épuisement plus ou moins remarquable ; les mamelles gonflées et chargées de lait, dont l'écoulement se fait facilement ; l'abdomen est très relâché et ridé, entre le nombril et les pubis on sent l'utérus comme un corps rond et dur ; les parties extérieures de la génération sont plus ou moins gonflées, chaudes, très sensibles, ouvertes et dilatées, et l'on y remarque en outre l'écoulement d'une humeur sanguinolante ou glaireuse ; le vagin est ample et mou au toucher ; le col de la matrice est court et épais, ou bien s'il n'a pas encore

reparu, les lèvres de son orifice sont très épaisses, gonflées et molles.

Les signes de la grossesse et de ses divers périodés, ainsi que ceux de l'accouchement seront traités séparément.

TROISIÈME SECTION.

De la Grossesse.

CHAPITRE I.

De la grossesse en général.

§. 153. La *grossesse*, ou la *gestation*, est l'état de la femme qui a conçu, lequel dure depuis le moment de la conception jusqu'à l'accouchement.

Le résultat régulier de la conception est la transmission d'un seul œuf fécondé dans la matrice, où, pendant les 40 semaines qu'il y séjourne, doit se former un enfant vivifié, et capable de vivre à la fin de ce terme hors du sein de sa mère. Mais contre l'ordre régulier, outre que la fécondation peut s'étendre sur plus d'un œuf, celui-ci peut demeurer plus ou moins que les 40 semaines dans l'utérus, ou rencontrer des

obstacles pour y arriver, ou bien le fœtus peut n'être pas vivifié etc. De là les divisions analogiques de la grossesse que nous allons décrire.

§. 154. A l'égard du nombre des produits on distingue les grossesses en *simples, ou solitaires, et en composées, ou géminales.* On appelle ces dernières grossesses à bi-jumeaux, tri-jumeaux, quadri-jumeaux etc. Les accouchemens de deux et même de trois jumeaux ne sont pas très rares, mais bien ceux de quatre, cinq et de six, desquels on a néanmoins des exemples certains; mais on n'a point de preuve de la conception et de l'enfantement de sept jumeaux et au-dessus.

Plus une grossesse contient de fruits, plus elle favorise et amène l'accouchement avant la quarantième semaine; tellement que trois et surtout quatre jumeaux viennent toujours au monde avant terme.

§. 155. On discerne la durée des grossesses par *fausse-couche*, ou *avortement*, l'orsque l'accouchement arrive avant la 28ème semaine; ou *prématuré* quand il a lieu entre la 28 et 37ème semaine; à *terme*, de la 37 à la 40ème; et *après terme*, ou *retardé*, quand il a lieu au-de-là de ce tems. Ces derniers accouchemens sont fort rares, et il n'est pas même vraisemblable que ces grossesses retardées puissent durer au-delà de 44 ou 46 semaines au plus.

§. 156. La plus importante distinction des grossesses est celle qui a rapport 1°. à l'existence, ou l'absence, et 2°. au lieu qu'occupe le fruit vivifié. Sous ces points de vue on les appelle vraies, et fausses grossesses. La *vraie grossesse*, ou *grossesse fœtale*, ou *naturelle* est celle où le corps maternel renferme un ou plusieurs œufs fécondés et vivifiés; la *fausse*, ou *a-fœtale*, ou *contre-nature* ou *apparente* est au contraire celle, qui présente seulement les signes de la grossesse, mais où il n'existe point de fruit en état de viabilité.

§. 157. On subdivise encore la vraie grossesse en *vraie régulière*, ou *grossesse fœtale utérine*; et en *vraie irrégulière*, ou *fœtale extra-utérine*. La première est celle où le produit réside dans l'utérus; la dernière lorque l'œuf se fixe hors de cet organe, ce qui peut avoir lieu soit dans les trompes, dans les ovaires, ou dans la cavité du bas-ventre, et qu'on distingue par grossesse *tubaire*, *ovarienne et abdominale*. (§. 120.)

§. 158. Il est infiniment rare que dans la grossesse extra-utérine l'enfant parvienne complétement à son développement et à sa maturité, et notamment moins encore dans la trompe et les ovaires, que dans le bas-ventre; car le plus souvent le fruit périt et l'œuf dégénère et passe en supuration, ou se durcit. Dans le premier cas il se forme un abcès qui perce soit par le rectum, par le vagin, ou la vessie, ou par les

tégumens du ventre. En se durcissant l'œuf peut au contraire prendre une consistance charnue, calcaire ou s'ossifier, et occasionner à la femme diverses incommodités; ou bien, ce qui n'est pas rare, il peut rester chez elle jusque dans un âge fort avancé sans lui causer le moindre mal-aise. Mais la délivrance, quand le fruit est parvenu à son développement, ne pouvant s'opérer par les voyes naturelles, c'est toujours à la gastrotomie qu'il faut avoir recours.

§. 159. Enfin on remarque encore la grossesse *sarco-fœtale*, ou *compliquée*, qui est celle où se présentent à la fois, dans le même individu, une vraie et une fausse grossesse; et la grossesse *inter-extra-utérine* qui contient deux fœtus, l'un au-dedans, l'autre hors de l'utérus, et qu'on nomme encore *utéro-tubaire*, *utéro-avarienne* et *utéro-abdominale*.

§. 160. La plupart de ces espéces de grossesses portent en elles des signes particuliers, qui constatent leur présence avec plus ou moins de certitude.

§. 161. *Les symptomes de la grossesse fœtale-utérine* se manifestent communément par des incommodités, par du dégoût et des nausées, de la lassitude dans les membres, par des accès fièvreux ou des frissons; la personne éprouve une sensation incommode, particulière dans le bas-ventre, de

l'aversion pour certaines odeurs, des vomissemens, des maux de tête et de dents; elle a le goût et l'odorat, exaltés, l'appétit dépravé, le teint blême, le col gonflé; l'évacuation de la vessie et du rectum se fait souvent avec peine et d'autres fois involontairement, les parties externes de la génération sont ou plus sèches et échauffées, ou plus humides qu'à l'ordinaire. A ces indices on doit ajouter la suppression des règles, et certains changemens dans la matrice, savoir le raccourcissement, le gonflement, la mollesse du col de ce viscère, dont l'orifice est fermé et arrondi, son accroissement et son mouvement descendant et ascendant dans le bassin; (ainsi qu'il sera démontré plus en détail au chapitre suivant.) Enfin on remarque encore extérieurement l'augmentation du volume de l'abdomen; l'accroissement des mamelles acompagné de picotemens; le développement des mamelons, et le coloris plus foncé des aréoles, la possibilité d'exprimer le lait des mamelles etc. Cependant comme tous ces signes trompent quelquefois, on ne doit les admettre que pour des *signes incertains;* attendu qu'ils peuvent tous paroître également hors de la grossesse, et plusieurs d'entre eux manquer pendant sa durée.

On ne peut admettre comme *signes certains* de la grossesse que les trois suivans: 1) le mouvement actif et palpable du fruit; 2) la distinction positive de quelque membre de l'enfant

par le toucher interne et externe; et 3) le discernement par l'orifice de la matrice des membranes de l'œuf. Mais ces signes certains ne sont remarquables qu'à mi-terme de la grossesse et après cette période.

§. 162. La plupart des signes incertains de la grossesse vraie et régulière désignés §. 161, caractérisent également *la grossesse fœtale extra-utérine.* A ces indices il faut ajouter la pesanteur, la pression, quelquefois la douleur qu'éprouve la personne dans un seul côté du ventre, qui se développe davantage d'un côté que de l'autre; l'extrémité abdominale du même côté est sujette à des accidents paralitiques, à des gonflemens etc. Les changemens à la matrice et aux mamelles apparoissent également au commencement, mais disparoissent bientôt; les seins redeviennent flasques, les menstrues reparroissent, et des symptomes de fièvre se manifestent. Les mouvemens du fruit sont palpables d'un seul côté et plus précoces, les membres de l'enfant plus faciles à distinguer au toucher; l'utérus est en action dans le tems que l'accouchement devroit s'opérer, et alors l'orifice de la matrice est entreouvert à y pouvoir insinuer le bout du doigt.

§. 163. La *grossesse géminale*, s'annonce encore par tous les symptomes désignés §. 161, auxquels il faut ajouter, outre l'accroissement accéléré de la matrice: que les mouvemens de l'enfant sont pour lors plus fréquents,

plus hatifs, plus importuns et se font sentir quelquefois dans les deux côtés de sa mère; qu'à la fin de la grossesse l'abdomen s'élargit des deux côtés, qu'il s'y forme parfois un sillon depuis le mombril jusqu'au pubis; et que souvent les pièds enflent de très bonne-heure. La grossesse géminale dure ordinairement moins de 40 semaines.

Cependant tous ces signes sont trompeurs, et l'on ne peut se convaincre de l'existance d'une grossesse géminale, que lorsqu' après l'accouchement d'un enfant on sent une seconde poche, et derrière celle-ci un second enfant.

§. 164. Dans la *grossesse a-fœtale* peuvent se présenter tous les symptomes incertains indiqués §. 161, mais elle manque de tous les signes certains, et d'ailleurs elle dure rarement au-delà de 4 mois. La matrice se développe plus promptement, les changemens qu'elle éprouve ne se succèdent pas dans le même ordre que dans la vraie grossesse, et l'accroissement de l'abdomen, qui souvent est fort sensible, se fait lentement.

§. 165. La *grossesse compliquée* ne peut être reconnue que lors de l'accouchement, attendu qu'elle s'annonce tant par les signes certains, que par les incertains.

§. 166. Quant à ce qui concerne les indications du terme de la grossesse, on s'en instruit

durant la gestation, par ce qui sera dit, au chapitre suivant, sur les changemens qui surviennent dans les parties génitales pendant les diverses périodes de la grossesse ; et après l'accouchement, par ce qui est traité §. 48 à 56 du développement du fœtus et de ses annexes.

Il est très difficile de décider qu'une grossesse aît duré au-delà du terme de 9 mois. Les signes d'après lesquels on en peut conclure sont: lorsque les organes de la génération se trouvent un plus grand espace de tems qu'à l'ordinaire dans l'état qui leur est naturel à la fin du neuvième mois ; lorsque la femme, dans le tems qu'elle croyoit devoir accoucher, a éprouvé des douleurs d'enfantement, que l'orifice de la matrice s'est ouvert, et notamment lorsque la nature réïtère ses tentatives pour l'accouchement; que le ventre grossit considérablement, que les pieds enflent, et qu'en général la grossesse devient fort incommode. On remarque encore comme signes caractéristiques de la grossesse retardée, qne dans l'accouchement l'évacuation des eaux est abondante, que l'enfant naît plus grand qu'à l'ordinaire, que sa tête est bien garnie de gros cheveux, que les os de la tête sont très fermes, les fontanelles et les sutures fermées, les ongles très forts.

§. 167. Pour juger dn terme de la grossesse, qui doit durer 9 mois solaires, ou 10

mois lunaires, ou 40 semaines, soit 280 jours, on compte ordinairement du jour de la conception, ou depuis les dernières règles, ou dès leur cessation, comme aussi dès le premier mouvement sensible du fœtus. Cependant comme, dans la règle, l'accouchement des personnes en bonne santé a lieu lorsque leur dixième évacuation menstruelle suprimée doit paroître, le plus sûr est de compter 40 semaines depuis l'apparition des dernières règles; ou bien, en comptant 38 semaines de la première suppression des règles, on ne pourra guère se tromper au-delà de 8 jours. Mais on ne comptera jamais moins de 22 semaines dès le premier mouvement sensible de l'enfant; vû que ce signe se présente ordinairement à la 18ème semaine de la grossesse, quelquefois plutôt. Du reste il n'est pas rare que des primipares, ou des femmes sensibles et sanguines, accouchent environ une semaine plutôt; des personnes phlégmatiques au contraire queques jours plus tard.

CHAPITRE II.

Des changemens produits par la grossesse dans le corps de la femme.

§. 168. Dès l'instant de la conception jusqu'à la fin de la grossesse de nombreux changemens ont lieu dans le corps de la femme, principalement par rapport aux organes de la génération, du bas-ventre et des mamelles, et dont quelques-uns ne peuvent être apperçus que

par les opérations anatomiques ; tels sont p. é. le changement de la forme triangulaire en ovale de la cavité de la matrice ; le changement de la masse solide, presque cartilagineuse, de ce viscère en une substance plus molle, plus souple, en quelque sorte musculeuse ; l'augmentation de son volume etc. Les autres changemens, dont il sera traité ci-après, peuvent être recherchés par la vue et le toucher.

§. 169. Les changemens qui arrivent dans *les trois premiers mois* de la grossesse sont à peu-près les suivans : les parties génitales, par l'affluence du sang qui se dirige vers elles, deviennent plus échauffées et plus séches ; mais aussi chez d'autres individus plus humides qu'à l'ordinaire ; la matrice augmente en volume et pesanteur ; elle commence dès le premier mois, et continue jusqu'au troisième, de descendre dans la cavité du bassin ; le col de la matrice, alors plus facile à atteindre, grossit, s'arrondit et se raccourcit peu à peu, ses lèvres, un peu gonflées, deviennent plus égales en grosseur, et l'orifice longitudinal se change en ouverture ronde ; la matrice, n'ayant vers la fin du troisième mois plus assez de place dans la cavité du bassin, commence à remonter ; le gonflement des mamelles succède peu à peu, et la femme y sent de légèrs picotemens.

§. 170. En remontant du petit bassin au *quatrième mois* l'utérus, par son accroissement

progressif, commence à augmenter de plus en plus le volume du bas-ventre; et pour lors on peut toucher le fond de la matrice au-dessus des pubis, mais difficilement son orifice par le vagin. Les changemens de ce viscère désignés ci-dessus, vont en augmentant, le bas-ventre s'arrondit, les aréoles des mamelons prennent une couleur plus foncée, les mamelons même deviennent plus épais, plus secs et sujets à se gercer.

§. 171. Au *cinquième mois* la matrice monte jusque dessous l'ombilic; le col de la matrice s'éloigne toujours davantage, en se portant à cette époque en arrière et en en-haut; il devient plus court, plus épais et plus souple, et le développement du ventre est très visible, même aux côtés de la femme.

§. 172. Au *sixième mois* le fond de la matrice se trouve placé dans la région du nombril, et celui-ci perd sa fosse; le col, en se confondant par sa partie supérieure avec le corps de la matrice, se raccourcit considérablement; ses lèvres au contraire deviennent très grosses, gonflées, molles et spongieuses.

§. 173. Au *septième mois* le fond de la matrice est situé 2 à 3 travers de doigts au-dessus du nombril. Le col de la matrice s'éloigne encore, et devient toujours plus mou, plus épais et spongieux. Le vagin, au fond duquel on peut

déjà reconnoître au toucher des parties de l'enfant, prend de l'extension principalement vers en-haut; les mamelles, qui se développent progressivement, sont tendues et sensibles à la pression, leur veines cutanées sont transparantes. Il n'est pas rare qu'on puisse déjà exprimer des mamelons un fluide aqueux.

§. 174. Au *huitième mois* le fond de la matrice s'éléve à un travers de main au-dessus du nombril; ordinairement il est plus accessible au tact du côté droit qu'au côté gauche. Le nombril est saillant, et dans sa région les parties de l'enfant sont distinctement palpables. Le col de la matrice, ayant presque disparu, son orifice est remonté si haut qu'on peut à peine le toucher.

§. 175. Au commencement du *neuvième mois* le fond de la matrice monte jusque dans le creux de l'estomac. La respiration devient pénible; le col de la matrice disparoit complétement, et il n'y reste que deux grosses lèvres très molles et gonflées, entre lesquelles on peut introduire le bout du doigt. A la fin du même mois le fond de la matrice descend et rend plus libre le creux de l'estomac et l'ombilic; les lèvres de la matrice disparoissent également peu à peu, et son orifice forme, jusqu'au tems du travail, une petite ouverture dont le bord est très mince; le vagin se relâche et s'élargit davantage, en fournissant une plus abondante excrétion d'une humeur glai-

reuse ; les parties génitales sont plus humides et plus sensibles. Les mamelles, plus volumineuses et tendues, contiennent abondamment du lait, qui quelquefois s'épanche spontanément.

CHAPITRE III.

Du régime de la femme enceinte, et de quelques accidens qui souvent accompagnent la grossesse.

§. 176. La grossesse n'est pas un état de maladie, mais simplement une fonction naturelle de la femme. Cependant une femme enceinte, étant plus susceptible, que celle qui ne l'est pas, de diverses maladies et d'accidens fâcheux, et la marche régulière d'une grossesse nullement troublée, pouvant essentiellement contribuer au bien-être du fruit, à une heureuse délivrance et au bon succès des couches; il est important que la sage-femme soit instruite, non seulement du régime convenable que doit observer la femme enceinte, mais qu'elle sache encore y veiller, le maintenir, le diriger.

§. 177. Sans trop s'écarter de sa manière de vivre ordinaire, la femme enceinte observera en général les règles suivantes.

§. 178. Elle jouïra autant que possible d'un *air* pur, sain et tempéré; se préservant surtout de l'humidité.

§. 179. Ses *alimens*, pris avec modération, doivent être nourrissans, mais point indigestes, ni venteux, ou échauffans. La personne se gardera, surtout à la fin de sa grossesse, de trop charger son estomac; elle fera mieux de manger peu à la fois et plus souvent. Si elle n'a point eu de mauvaise habitude quant à sa *boisson*, elle continuera d'en user, en s'abstenant dans tous les cas de breuvages échauffans, tels que des vins trop forts, des liqueurs etc.

§. 180. *L'habillement* étroit ne convient nullement à la grossesse: on évitera soigneusement de gêner, soit par des lacets, ou des corsets, aucune partie du corps, principalement le ventre et les seins. On doit également préserver ceux-ci de refroidissement, sans cependant les tenir trop au chaud.

Lorsque les mamelons ont été imprimés dans les seins et se trouvent rapétissés, ce qui peut facilement arriver par la pression des habillemens; on doit, s'il est possible avant moitié terme de la grossesse, les relever une ou deux fois par jour, au moyen de la pompe, et les couvrir d'un étui; on continuera ce procédé jusqu'a ce qu'ils soyent convenablement formés pour l'allaitement.

§. 181. Un *exercice modéré du corps*, étant l'un des plus sûrs moyens pour se ménager une grossesse heureuse et une délivrance facile, on

ne peut trop recommander aux femmes enceintes, qui jouissent d'une bonne santé, de se donner un exercice journalier, mais modéré, et de ne point se livrer à un genre de vie trop tranquille, surtout trop sédentaire; en observant que toujours le repos succède à la fatigue. Mais aussi elles éviteront tout mouvement violent qui puisse en quelque sorte ébranler le corps, tels que les sauts immodérés, la danse, les chutes, les trop fortes secousses en voiture; comme aussi de monter à cheval, de recevoir des coups au ventre etc.

§. 182. Une observation bien importante pour la femme enceinte est de chercher à maintenir une situation morale, qui laisse son *âme dans une parfaite tranquillité.* Tout ébranlement qui pourroit troubler ce calme seroit nuisible à la mère; tels sont particulièrement: les fortes émotions, les accès de colère, l'indignation, la peur, même une joye trop vive etc., vu qu'ils peuvent occasionner un accouchement prématuré. Au grand préjudice de la grossesse agissent encore les soucis, le chagrin, la tristesse, en général toutes les affections ou impressions fâcheuses sur l'habitude du corps, et que par conséquent il faut éviter. Dans l'état de grossesse la femme ne jouira que très modérément des embrassemens conjugaux.

§. 183. Le *sommeil réglé,* concourt puissamment à une heureuse grossesse, il ne doit donc

être troublé ni interrompu par des veilles ou d'autres embarras. Cependant les femmes enceintes ne doivent pas céder trop facilement à un trop grand penchant, que souvent elles éprouvent, pour le sommeil. Il importe encore qu'elles ne se tiennent pas toujours couchées sur le même côté pendant leur sommeil.

§. 184. La femme enceinte doit aller journellement *à la selle*; néanmoins il n'est pas rare qu'elle souffre de la constipation, ou de la diarrhée.

La constipation provient, soit de la foiblesse, ou de l'inertie des intestins, ou, principalement vers la fin de la grossesse, de la pression de la matrice sur l'intestin rectum. Dans l'un et l'autre de ces cas les lavemens d'une infusion de camomille avec peu d'huile fine deviennent nécessaires; mais en outre la femme consultera le médecin dans le premier cas, dans le second la position reitérée sur le côté droit sera convenable.

§. 185. *La diarrhée*, pouvant procéder de la foiblesse, ou de la surcharge des organes de la digestion, de saburres, de refroidissemens, ou d'affections sympathiques provenans de l'utérus, peut être, non seulement sans préjudice, mais même utile à la femme grosse, pourvu qu'elle ne dure pas trop long-temps, et qu'elle ne soit pas trop forte. Mais pour lors la diarrhée

exige encore le secours de la médecine, puisque dans peu de tems elle peut trop affoiblir la personne.

Vers la fin de la grossesse la diarrhée est souvent un avant-courreur de l'accouchement.

§. 186. *L'évacuation de l'urine* est encore sujette dans la grossesse à des dérangemens ; soit par le poids de la matrice ou de la tête de l'enfant, qui agit sur la partie supérieure ou inférieure de la vessie, soit par l'anté-version ou par la rétro-version de l'utérus. Les causes de ce dérangement exposent donc la femme enceinte à la difficulté d'uriner (la Dysurie), ou à l'impossibilité de l'âcher l'urine (l'Ischurie), ou enfin à l'impuissance de la retenir (l'incontinence de l'urine).

Lorsque le poids de la matrice aura produit l'un de ces maux, on facilitera le jet de l'urine en plaçant la femme dans une situation horizontale sur le dos, le derrière relevé; et, si le cas l'exige, en repoussant l'utérus au moyen de deux doigts que la sage-femme introduira par le vagin. Si cela ne suffit pas, on employera la sonde. Quant à l'impuissance de contenir l'urine, on y remédiera en soutenant le bas-ventre par un bandage du corps; mais on se conduira d'après le §. 452 et 453. lorsque la cause existe dans l'anté-version ou la rétro-version de l'utérus.

§. 187. Le *dégout*, les *nausées* et les *vomissemens* sont surtout dans le commencement de la grossesse si fréquens chez les femmes enceintes, qu'on les envisage communément pour en être les symptomes; et on doit les considérer sous le rapport d'un effet sympathique entre l'utérus et l'estomac. Quand ces incommodités arrivent plus tard, on en doit ordinairement attribuer la cause à une mauvaise digestion. Dans le premier cas ces incommodités cessent d'elles mêmes, si non elles exigent, ainsi que dans le dernier cas, et en particulier les grands vomissemens, un régime attentif et soigneux; et si celui-ci ne suffit pas, le secours de la médecine, vu que la nutrition de la mère et du fruit souffre de ces accidens, qui peuvent en outre occasionner le prolapsus de l'utérus et un accouchement prématuré.

§. 188. Les mêmes causes, mais surtout les embarras muqueux dans l'estomac et la pléthore, produisent *l'anorexie*, ou ce dégout de certains alimens principalement en viandes: dérangement qui demande toujours les soins du médecin. Particulièrement remarquable est encore l'aversion de plusieurs femmes enceintes pour certaines choses p. é. les couleurs (l'Idiosyncrasie).

§. 189. Non moins remarquable chez nombre de femmes grosses est cet appétit desordonné

de certains mets, et leur désir immodéré de manger des choses inconvenantes (*envie*, *pica*). On doit en chercher les causes dans l'estomac, et le plus souvent on les trouvera dans les aigreurs qui s'y amassent; cet état demande des médicamens et l'exacte observance d'un régime l'un et l'autre convenables. Bien que l'on trouve des exemples que des femmes grosses ayent pris avec grand plaisir, sans préjudice de leur santé, de ces choses réputées nuisibles, on ne doit pas les leur permettre, lorsqu'on les croit malfaisantes, nul inconvénient ne pouvant résulter de ce refus.

§. 190. Dans les derniers mois de la grossesse la maladie de *l'oedème* affecte fréquemment les extrémités inférieures. C'est une tumeur molle, froide, sans douleur, cédant à l'impression du doigt, et dont la peau est blanche et luisante. Elle ne paroit communément qu'à la jambe, mais elle peut s'étendre à la cuisse et même jusqu'aux parties génitales. Cette tumeur est causée par la pression, qu'opère la matrice, sur les vaisseaux lymphatiques qui entrent des extrémités inférieures dans la cavité abdominale; ce qui rend raison pourquoi ce gonflement apparoit davantage lors d'une grande extension de l'utérus, comme p. é. dans les cas d'une surabondance d'eaux de l'amnios, de la gestation d'un enfant très volumineux, ou de jumeaux, et lors d'une situation irrégulière de la matrice, telle que l'anté-version, l'obliquité etc.

Moins l'œdème s'étend plus il est insignifiant, et quand il n'y a pas d'inflammation il est le plus souvent sans danger, vu qu'il disparoit après l'accouchement. Cependant on tâchera de délivrer, ou de soulager au moins, la femme grosse de la pression de l'utérus sur les vaisseaux lymphatiques par le repos, surtout par un bandage du corps qu'on lui fera porter, et en la mettant coucher, soit horizontalement sur le dos, ou sur le côté dans une situation convenable à son état.

§. 191. Les *varices* ne se montrent pas moins rarement aux extrémités inférieures, et jusqu'aux parties génitales de la femme enceinte. Ce sont des dilatations irrégulières de veines engorgées d'un sang épais, qui ne se forment le plus souvent que dessous la peau et paroissent ou séparément, en forme de nœuds bleuâtres, ou serpentant le long du cours d'une veine. D'après ces indices elles sont faciles à reconnoître.

L'on doit rechercher les causes des varices dans une disposition qui est propre aux veines, et dans leur extrême foiblesse. Du reste la pléthore, la pression de la matrice sur les vaisseaux sanguins du bassin, les corsets qui gênent le ventre, et les obstructions dans le rectum contribuent essentiellement à les produire.

Quoique les veines variqueuses soyent assez insignifiantes dans la grossesse même, elles pen-

vent néanmoins, en crevant, occasionner dans l'accouchement des pertes de sang très dangereuses ; particulièrement celles qui arrivent par les parties de la génération peuvent entraîner des suites mortelles. Bien qu'on ne puisse écarter les varices durant la grossesse, et qu'elles disparoissent spontanément après l'enfantement, elles ne demandent pas moins la plus grande attention. La femme enceinte évitera donc tout ce qui peut les augmenter: elle quittera les habillemens gênans, se tiendra le ventre libre par des lavemens, et modifiera, autant que possible par le repos et des attitudes convenables, la pression de la matrice sur les vaisseaux; l'enveloppement des extrémités inférieures, au moyen d'une large bande, est souvent utile, mais on n'en fera jamais l'application lorsque simultanément les parties génitales sont variqueuses. Dans ce dernier cas, et quand les varices se renforcent aux extrémités, on appellera toujours le médecin.

§. 192. *Les hémorrhoïdes* ne sont que de petites veines variqueuses qui apparoissent tant extérieurement à l'anus, qu'intérieurement dans la partie inférieure du rectum. Tout ce qui a été dit plus haut sur les causes des varices, et sur les remèdes appliquables, soit à la modification, ou contre l'accroissement de ces veines, concerne également les hémorrhoïdes; toutefois on peut, quant à celles-ci, employer encore avec

succès des onctions mucilagineuses, émollientes et rafraichissantes. Souvent les hémorrhoïdes fluent facilement pendant la grossesse, et cette perte, quand elle n'est pas trop abondante, n'est pas dangereuse, elle est au contraire bienfaisante pour la femme, et on ne doit pas imprudemment l'arrêter.

§. 193. Dans la grossesse les *hémorrhagies par la matrice* sont de trois espéces. Elles proviennent du décollement, soit complet, soit partiel, du placenta; ou bien, indépendamment du placenta, elles procèdent de la surface intérieure de l'utérus; ou enfin ce flux de sang peut n'être qu'un retour des règles. Il n'est pas facile, mais il est très important, de savoir discerner ces trois espéces de pertes.

§. 194. Si la perte de sang provient d'un décollement complet ou partiel du placenta, ce qu'on appelle *hémorrhagie passive*, elle décèle toujours atonie de la matrice; et lorsqu'on en peut découvrir les causes, elles sont ou telles que cette atonie en est toujours la suite, ou ce sont de violens ébranlemens du corps. Cet écoulement, qui naît subitement, est toujours fort abondant; il est rare qu'il cesse spontanément, mais plus souvent il résiste même aux traitemens, et finit par l'expulsion de l'œuf de la matrice. Cette perte est plus commune dans les trois derniers mois, qu'au commencement de la grossesse.

§. 195. La perte qui procède de la surface interne de la matrice non couverte par le placenta, et qu'on nomme *hémorrhagie active*, prend son origine de la même source que le flux menstruel. L'une et l'autre de ces hémorrhagies ont leur principe aux extrémités perspiratoires des artères de la surface interne de la matrice, qui devant être fermées pendant la grossesse, sont au contraire irrégulièrement dilatées et ouvertes. De sorte que l'hémorrhagie active et les menstrues dans la grossesse, ne diffèrent que par leurs causes, leurs symptomes et leurs suites.

§. 196. L'hémorrhagie active est fréquemment précédée de causes ostensibles; le plus souvent ce sont des excitations violentes p. é. des passions véhémentes, l'abus de boissons spiritueuses, l'échauffement ou le refroidissement, surtout la pléthore, l'usage des médicamens qui provoquent les règles, l'accumulation des matières stercorales, les lavemens irritans, les purgatifs, le flux de ventre etc. Cette hémorrhagie ne commence que lentement, elle est ordinairement modérée, mais d'assez longue durée, et même souvent interrompue; elle cède facilement à un traitement convenable, s'arrête aussi d'elle même, et ne produit que rarement de mauvaises suites pour la grossesse. Dans les six premiers mois elle est plus fréquente que l'hémorrhagie passive.

§. 197. *Le flux menstruel*, qui, ainsi que nous l'avons indiqué (§. 119), peut reparoître dans la grossesse, arrive ou périodiquement, ou au moins dans un tems auquel il auroit paru si la grossesse n'eut pas eu lieu. Ce flux, qui naît sans aucune cause particulière, s'annonce par les symptomes ordinaires des règles; il arrive lentement, mais non tout-a-fait inopinément; peu disposé à se coaguler, et plus séreux au commencement et vers la fin, il dure son tems ordinaire et s'arrête de lui-même.

L'expérience a constaté que les règles sont très rarement nuisibles à la grossesse, mais plus souvent utiles à la femme. On se gardera donc de les arrêter; toutefois la personne se comportera avec le calme et la discrétion qui conviennent à son état.

§. 198. Les hémorrhagies actives et passives, dont le caractère peut menacer d'un danger imminant la mère et son fruit, exigent un secours prompt et efficace. En pareilles circonstance s la sage-femme ne tardera donc pas, à faire venir l'accoucheur, mais sans être en attendant dans l'inaction; elle tâchera d'arrêter, ou de modérer au moins, la perte de la manière suivante.

§. 199. Lorsque l'hémorragie est *passive* on doit, avant le septième mois de la grossesse, faire en sorte de l'arrêter, quoiqu'il arrivera rare-

ment que le placenta se rattache, ne fut il même décôllé que d'une petite partie; le plus souvent au contraire l'avortement s'en suivra. On évitera donc soigneusement tout ce qui peut occasionner ou augmenter les douleurs; on mettra la femme au lit couchée horizontalement sur le dos, le siège élevé, les cuisses jointes; on l'entretiendra dans la plus grande tranquilité du corps et de l'âme; on lui fera observer une diète exacte, et ne lui permettra que des boissons calmantes et rafraichissantes, principalement des acidules. Pour arrêter l'hémorrhagie la sage-femme doit tamponner l'entrée de la matrice et une partie du vagin avec des linges usés, ou avec de la charpie, soit sèche soit humectée de vinaigre et d'eau, ou d'eau de vie mélée d'eau pure, envue de faire agir comme styptique le sang même dans l'utérus.

Mais lorsque la grossesse est déjà avancée jusqu'aux trois derniers mois, tems où l'hémorrhagie passive est communément très forte, et peut rarement être arrêtée, on ne doit point, en usant de délai, exposer à de plus grands dangers la mère et l'enfant; vu que l'accouchement artificiel devient pour lors d'autant plus pressant que l'hémorrhagie est abondante, que la grossesse est avancée, que la femme est foible et le placenta décôllé.

§. 200. L'hémorrhagie causeé dans la grossesse par *l'implantation du placenta sur l'orifice*

de la matrice est encore une hémorrhagie passive. On découvre cette situation vicieuse du placenta, au toucher, par la reconnoissance d'un corps mollasse au dessus du fond du vagin, au lieu où devroit se trouver quelque partie de l'enfant; quelquefois on touche le placenta lui même par l'orifice de la matrice. Cette hémorrhagie reparoit de tems à autre durant la grossesse, mais ordinairement elle est foible dans les premiers temps, et facile à arrêter par le repos. Mais dans les derniers mois de la grossesse cette perte demande souvent la délivrance artificielle: ce dont il sera traité dans la suite.

§. 201. A l'égard de l'hémorrhagie *active* la sage-femme s'abstiendra principalement de tout ce qui peut provoquer les contractions générales de la matrice, vu que l'expulsion du produit de la conception en est ordinairement la suite. Mais elle tiendra la femme fraichement en sa chambre et en son lit, observant le plus grand repos, dans la situation décrite §. 199. Elle ne lui présentera que très sobrement des nourritures plutôt végétales que d'autres, et des boissons purement rafraichissantes, telle que de l'eau fraiche, de l'eau avec du vinaigre ou du jus de citron etc. Ce n'est que quand l'hémorrhagie active ne cédant point à ce traitement, on verroit la force de la personne déchoir sensiblement, qu'on pourra, toutefois avec précaution, lui appliquer sur le ventre des fomentations froides (comme

elles sont indiquées au §. 489,) et ranimer ses forces, en lui faisant prendre fréquemment des bouillons nourrissans mais en petites portions. En pareille circonstance on ne fera point usage du tampon encore moins d'injections.

Indépendamment du caractère actif ou passif de l'hémorrhagie la sage-femme examinera attentivement le sang écoulé, afin de reconnoître s'il n'a pas apporté quelque partie de l'œuf, ou même l'embryon.

§. 202. Les *hémorrhagies extra-utérines*, comme des seignemens de nez, des crachemens ou vomissemens de sang ect., exigent toujours l'assistance médicale.

§. 203. Plusieurs femmes foibles et hystériques sont affectées durant leur grossesse *d'évanouissemens* qui parfois sont accompagnés d'une sueur froide, et même d'absence de connaissance (syncôpe), état qui peut durer quelques minutes et au-delà d'une demi-heure. Ces accès sont assez indifférens quand ils sont peu fréquens et de courte durée. Mais dans le cas contraire, et lorsque cet état est compliqué d'accidens convulsifs, ou épileptiques, ou que même il menace de passer en asphyxie, le danger pour la mère et l'enfant devient grave, et la présence du médecin pressante. Dans tous ces cas la sage-femme mettra la malade sur son lit, couchée sur le côté, et lui fera sentir des odeurs for-

tes et par préférence désagréables ; elle lui lavera le front et les tempes avec des eaux spiritueuses, spécialement avec la liqueur anodine de Hofmann, dont elle pourra faire prendre à la malade 20 à 30 gouttes dans un peu d'eau fraiche; enfin elle peut encore lui administrer un lavement irritant.

§. 204. *Les convulsions* doivent être comptés parmi les accidens les plus périlleux qui puissent affecter la femme enceinte, si elle n' y a pas été sujette déjà avant sa grossesse. Plus les convulsions qui naissent dans la grossesse sont violentes, longues et fréquentes, plus elles deviennent critiques, puisqu'elles peuvent occasionner non seulement l'avortement, mais encore la mort de la mère. Dans ces crises souvent terribles la sage-femme, assistée de quelques aides, ne peut guère prêter d'autres secours, que celui d'empêcher la malade de se blesser elle même, en la couchant horizontalement sur le dos, dans un lit écarté des parois de la chambre, en lui mettant un bâillon au travers de la bouche et en veillant à ce qu' elle ne tombe de sa couche. Sans une absolue nécessité on n'employera pas la force pour contenir la malade. On doit de plus la dégager de tous les habillemens qui la gênent, et, si la chose est faisable, lui faire prendre des bains chands et les remèdes indiqués §. 203. et lui appliquer des sinapismes aux pieds; mais surtout appeler sans différer le médecin.

§. 205. Les hernies, les situations vicieuses de la matrice, et divers accidens relatifs au vagin, plus propres à aggraver l'accouchement que la grossesse, seront traités par la suite selon leur ordre.

QUATRIÈME SECTION.

Des Accouchemens.

CHAPITRE I.

Des accouchemens en général.

§. 206. L'accouchement est la fonction qui opère le détachement et la sortie du produit de la conception, conséquemment du fœtus et de ses annexes, hors du sein de la mère.

§. 207. Cette fonction s'opère presque toujours par les seules forces de la nature, indépendamment de la volonté de la femme. Néanmoins la nature peut rencontrer des obstacles, qui la dérangent dans ses fonctions, et qui, par leur résistance, rendent l'accouchement pénible, dangereux, ou même impossible sans le secours de l'art. C'est dans la connoissance de ces causes efficientes, et dans le talent de les prévenir,

ou d'y remédier, que consiste *l'art des accouchemens.*

§. 208. Deux principales conditions sont nécessaires, pour que l'enfantement puisse s'opérer par les seules forces de la nature, savoir : la présence des puissances qui en sont les agens, et l'absence des circonstances qui s'y opposent.

§. 209. On distingue les premières par action volontaire et involontaire.

§. 210. *L'action involontaire*, et par conséquent indépendante de la femme, consiste dans la contraction de la matrice, aux fins d'expulser le fruit par le retrécissement de sa cavité, de décoller l'arrière -- faix et de s'en débarrasser. Comme ces contractions sont presque toujours douloureuses, on les nomme *douleurs d'enfantement.*

§. 211. Ces douleurs, ayant des caractères différens, on les discerne par vraies et par fausses douleurs. *Les fausses douleurs* ne sont proprement que le réveil de la matrice, dont l'activité s'annonce par de légères contractions locales et inconstantes, et qui peu à peu se changent en vraies douleurs. Les fausses se distinguent des vraies douleurs, en ce qu'elles ne se présentent guère qu'au premier tems du travail, qu'elles ne retrécissent pas complètement la matrice, et que celle-ci conséquemment n'est pas dure au toucher externe; de plus en ce que la

contraction et la douleur n'ont point de direction déterminée, qu'au contraire elles sont inconstantes, peu interrompues, et qu'elles ne dilatent que très peu l'orifice de la matrice.

§. 212. Il importe de ne point confondre ces fausses douleurs avec la crampe de l'utérus, et les douleurs de la colique intestinale, que souvent on appelle *faux-travail*. La première peut se présenter à chaque période du travail, mais elle paroit plus volontiers dans le premier tems; elle se manifeste par une douleur plus forte, plus tranchante, plus fixe que les fausses douleurs. Ces dernières, au contraire sont des douleurs inconstantes, accompagnées de gonflemens et d'un certain bruissement du ventre. Pendant ce faux-travail on ne remarque point de changement dans l'utérus.

§. 213. Les *vraies douleurs* sont des contractions générales de la matrice, qui cependant resserrent davantage le fond et la région moyenne de ce viscère, tandis qu'elles relâchent son orifice et ses parties inférieures; ce qui rend raison de la dureté qu'offre, au toucher, le fond de la matrice, et de la souplesse de son orifice pendant les douleurs de l'enfantement. Les vraies douleurs ont de plus une direction déterminée d'en-haut en en-bas et d'en arrière en avant, elles dilatent le col de la matrice et hâtent l'accouchement; le calme et le repos suc-

cèdent à chaque douleur ; elles sont souvent moins vives et fatigantes que les fausses. Suivant le lieu où elles siègent on les nomme encore *douleurs de ventre*, ou *douleurs des reins*; les premières sont plus éfficientes que ces dernières.

§. 214. *L'action volontaire dans l'enfantement*, ainsi nommée parcequ' elle dépend jusqu'à un certain point de la volonté de la femme en travail, consiste principalement dans la puissance des muscles abdominaux, et du diaphragme. Provoqués par l'action involontaire, ces organes se contractent pendant les douleurs, resserrent dans tous les sens la cavité abdominale (§. 123 et 125.), compriment la matrice et coopérent ainsi à l'expulsion du fœtus.

Mais pour que les muscles abdominaux et le diaphragme puissent agir avec efficacité, il faut que, par le concours des autres muscles du tronc et des extrémités, le bassin et le thorax soyent soutenus dans leur situation naturelle. L'action simultanément volontaire et involontaire s'appelle *travail de l'accouchement.*

§. 215. La durée d'un accouchement facile varie considérablement suivant le nombre des circonstances dont elle dépend, et principalement: du degré d'activité des puissances expulsives, de la resistance qu'exercent les parties de la génération, du volume de l'enfant, surtout de la partie qu'il présente, comme aussi de l'é-

tat des annexes; de l'âge, du courage, de la fermeté de la mère, et du nombre de ses accouchemens précédens.

§. 216. Pour mieux s'entendre et se former une idée claire de la marche régulière d'un accouchement facile, on le divise en *cinq tems*, ou *périodes*, qui peuvent toutefois plus ou moins s'écarter de leur marche ordinaire, selon les circonstances qui les accompagnent.

§. 217. Dans la *première période*, qui est en quelque-sorte une préparation à l'enfantement, la femme grosse sent du mal-aise, de la foiblesse, de la lassitude, de l'anxiété; quelquefois elle est au contraire mieux disposée, plus gaie qu'auparavant, le bas-ventre s'abaisse davantage qu'à la fin du neuvième mois; la femme éprouve de la pesanteur dans la région du bassin, et souvent le besoin d'aller du ventre et d'uriner; la secrétion des muquosités dans le vagin augmente sensiblement; l'orifice utérin est facile à atteindre, et ses lèvres, effacées, n'offrent plus au toucher qu'un petit creux; on découvre à travers les parois de la matrice la partie de l'enfant qui se présente dans l'entrée, et même, quoique rarement, dans l'excavation du bassin. Les contractions de la matrice ne sont encore que de fausses douleurs (§. 211), qu'on nomme *avant-coureurs*, *mouches*, ou *pronostics*, et qui le plus souvent sont assez modérées, et n'ou-

vrent l'orifice de la matrice qu'à pouvoir y introduire au plus deux bouts de doigts. La durée de cette période varie considérablement.

Tous ces signes peuvent paroître déjà quelques jours avant l'accouchement, et doivent, aussi longtems qu'ils ne sont accompagnés de douleurs, être considérés comme les signes avant-coureurs de l'enfantement.

§. 218. *La seconde Période* arrive accompagnée des vraies douleurs (§. 213,) appellées *douleurs préparantes.* Pendant celles-ci la femme est obligée de s'arrêter et de s'appuyer, elles dilatent l'orifice de la matrice, et y font descendre les membranes en formant, au moyen de l'eau de l'amnios, une vessie distendue, qui, suivant la partie que l'enfant présente, est plus ou moins arrondie, ou alongée en forme de sac, qu'on nomme *la poche des eaux* et qui contribue encore à la dilatation graduelle de l'orifice de la matrice.

Quand celui-ci est dilaté jusqu'à environ quatre travers de doigts, on dit que la *poche des eaux est formée*, ou que *les eaux sont prêtes à s'écouler.* Dans cet instant on sent, pendant l'intervalle des douleurs, en arrière de la poche relâchée, la partie que présente l'enfant. Au même tems les glaires du vagin sont impreignées de traits de sang provenant de petites ruptures dans l'orifice de la matrice, et pour lors on dit

que *la femme marque*. La poche des eaux étant aussitôt rompue par les premiers efforts de la douleur, les eaux qui se trouvent en avant de la partie que présente l'enfant s'écoulent; et c'est ce qu'on appelle *les premières eaux*.

§. 219. Avec l'écoulement des eaux commence *la troisième période* et avec celle-ci l'expulsion même de l'enfant. Il avance dès lors dans l'orifice de la matrice, et, en l'élargissant davantage, il commence à le traverser avec la partie qu'il présente, et qui dans l'ordre naturel doit être la tête. Quand la plus grande largeur de la tête s'est engagée dans l'orifice, on dit que *la tête est au couronnement*, et c'est où se termine le troisième tems. Les douleurs qui produisent ces effets se nomment *douleurs à l'enfantement*. Elles sont plus actives, plus rapprochées, plus aiguës que celles du second tems; et la femme est obligée de se coucher, ou de s'asseoir, et de faire valoir ses douleurs.

§. 220. Au *quatrième tems* du travail la partie que l'enfant vient offrir, passe complètement de l'orifice de la matrice dans le vagin alors raccourci mais très souple et expansible; de là elle avance à la vulve, exprime les excrémens par l'anus, pressé sur le périnée, et commence à distendre les parties externes de la génération; elle s'enfonce, pénètre entre les grandes lèvres, les dilate et se montre à la vue: pour lors on

dit que telle partie se *présente au passage*. De-plus les nymphes s'éffacent, les grandes lèvres parviennent au plus haut degré d'extension; enfin la partie avancée traverse lentement la vulve et se dégage complètement. Si la partie qui se présente est la tête, la femme jouit alors, pendant un petit intervalle, de quelque repos; mais bientôt succèdent de nouvelles douleurs, qui opèrent la sortie des épaules, lesquelles sont immédiatement suivies du reste du corps, accompagné d'un plus ou moins grand volume d'eaux, qu'on appelle *les secondes*, et qui le plus souvent sont mélées de beaucoup de sang. Mais si l'enfant offre les pieds, les genoux ou les fesses, les autres parties ne succèdent que lentement au dégagement des hanches; et les bras de l'enfant se relèvent alors vers les côtés de la tête.

A cette époque les douleurs se succèdent presque sans interruption, elles sont plus aiguës et accompagnées d'anxietés; la femme transpire et tremble de tout son corps; elle a soif, elle vomit quelque fois et fait de grands éfforts; les douleurs expulsives et le travail sont pour lors si actifs, et l'ébranlement devient si général, que souvent la personne en perd momentanément connoissance. On designe ces douleurs par *douleurs ébranlantes*, ou *conquassantes*.

§. 221. L'enfant, dès qu'il est transmis à la lumière, respire, crie, il ouvre les yeux et

met ses membres en mouvement; quelque fois il jète aussitôt son urine et le méconium. Très rarement il arrive que l'enfant respire, ne fut ce qu' imparfaitement, lorsque la tête seule est dégagée, mais souvent quand la tête et la poitrine le sont.

§. 222. A la *cinquième période*, qui commence après la naissance de l'enfant, la mère, au bout de 10 ou 20 minutes de repos, éprouve encore, mais sans douleur, de légères contractions dans la matrice, qui détachent le placenta, le transmettent à l'orifice de la matrice, et, en opérant l'expulsion de l'arrière-faix avec un plus ou moins grand écoulement de sang, terminent ainsi l'accouchement. On les nomme *douleurs après l'enfantement.*

§. 223. Les accouchemens, uniquement considérés à l'égard de la position de l'enfant, se divisent en deux classes principales, savoir: les accouchemens *réguliers* et les accouchemens *irréguliers.*

§. 224. *Les accouchemens réguliers* sont ceux, dans lesquels se présente la tête. L'expérience a constaté que cet ordre d'enfantement est le plus fréquent et le plus facile. Les *accouchemens irréguliers* sont ceux, ou l'enfant offre toute autre partie que la tête.

§. 225. L'on subdivise de plus l'une et l'autre classe de ces accouchemens en *faciles* et en *difficiles.*

L'accouchement *régulier* et *facile* est celui, où la tête se présente de manière que le sommet se trouve sur l'orifice de la matrice, et l'occiput vers l'une ou l'autre cavité cotyloïde.

L'accouchement *régulier* et *difficile* est celui, où l'enfant présente la tête dans une position différente de celle que nous venons d'indiquer.

Les accouchemens *irréguliers* et *faciles* sont ceux, où l'enfant offre les pieds, les genoux ou les fesses.

Les *irréguliers* et *difficiles* sont au contraire ceux, où l'enfant présente d'autres parties que les pieds, les genoux, les fesses, ou la tête.

§. 226. Indépendamment de la position de l'enfant, diverses circonstances peuvent néanmoins rendre l'accouchement difficile, soit que leurs causes viennent du fruit et de ses annexes, ou de la mère, ou enfin du mauvais emploi de l'art; et sous ce point de vue il est même permis de diviser tous les accouchemens en *faciles* (accouchemens naturels), ceux qui, sans avoir besoin de moyens étrangers, s'opèrent par les seules forces de la nature; et en *difficiles* (contre nature), ceux qui nécessitent les secours de l'art.

CHAPITRE II.

Des accouchemens réguliers et faciles.

§. 227. Les conditions qui doivent être remplies pour qu'un accouchement soit régulier et

facile sont: 1) que le fœtus soit contenu dans la matrice; 2) qu'il présente le sommet à l'orifice, et que l'occiput soit tourné vers l'une ou l'autre cavité cotyloïde; 3) que l'enfant soit bien formé et franc de maladie; 4) les puissances qui opèrent l'accouchement doivent être en activité; 5) les parties génitales, et particulièrement le bassin, bien conformés, exempts de maladies, et se trouver dans leur situation naturelle; 6) la grossesse doit avoir atteint son terme régulier, et 7) la mère et l'enfant doivent être exempts d'accidens fâcheux.

§. 228. Nous admettons deux espéces de ces accouchemens réguliers et faciles. L'une quand l'occiput est tourné vers la cavité cotyloïde gauche, le front vers la symphyse sacro-iliaque droite, le dos en avant et à gauche: c'est celle qu'on nomme la *première position du sommet*, ou *occipito-cotyloïdienne gauche*. Dans l'autre l'occiput est situé derrière la cavité cotyloïde droite, le front devant la symphyse sacro-iliaque gauche, le dos tourné à droite et en avant. On la distingue en *seconde position du sommet*, ou *occipito-cotyloïdienne droite*.

§. 229. Ces deux positions de la tête sont reconnoissables au toucher par les indices suivans: on sent, à travers les membranes, un corps solide et arrondi, auquel, après l'écoulement des eaux, on distingue les tégumens velus de la tête; on trouve la fontanelle postérieure

tournée vers l'une ou l'autre cavité cotyloïde, l'antérieure contre l'une des symphyse sacro-iliaque du côté opposé, et la suture sagittale dans l'un ou l'autre diamètre oblique du bassin.

§. 230. *Le mécanisme de la position occipito-cotyloïdienne gauche* procède de ce que le plus grand diamètre de la tête, c. a. d. le diamètre occipito-mentonnier tombe insensiblement dans l'axe du bassin, les moindres diamètres de la tête dans les plus grands du bassin, et que les épaules passent également par les plus grands diamètres de la manière suivante.

§. 231. Le sommet se présente à l'entrée du bassin, tellement que la commissure sagittale se trouve placée, ou dans le diamètre transversal, ou dans l'oblique, l'occiput à gauche, et que le diamètre vertical tombe dans l'axe du bassin. Quand la tête s'offre dans le diamètre oblique, elle descend dans cette situation dans l'excavation du bassin, de sorte cependant que l'occiput s'abaisse un peu et que le front s'élève. Mais quand la tête se présente dans le diamètre transversal, elle se tourne en avançant dans le diamètre oblique.

§. 232. Pendant que le sommet descend, du détroit supérieur, dans l'excavation du bassin, la suture sagittale se dirige du diamètre grand-transversal au diamètre grand-oblique; et à mesure que la tête avance, l'occiput, en s'abaissant en-

core, se tourne près du détroit inférieur en avant, tandis que le sommet se contourne peu-a-peu vers le sacrum; la petite fontanelle est en-avant; la grande en arrière, la première est facile, celle-ci difficile à toucher.

§. 233. La tête se trouvant ainsi engagée dans l'excavation du bassin, le diamètre occipito-mentonnier répond à l'axe du bassin, c. a. d. l'occiput est situé en en-bas et en avant, le menton, appliqué sur la poitrine, en en-haut, et en arrière; le diamètre vertical, ou du moins l'occipito-frontal, répond au grand antéro-postérieur, le bi-pariétal au cotyloïdien. Dans cette position la tête est déjà fortement comprimée, les sutures deviennent presqu'impalpables, ou bien il se forme le long de ces jointures, et particulièrement de la suture sagittale, des plis au moyen desquels on peut également reconnoître la position de la tête. Mais bientôt ces plissures se transforment en une tumeur ronde et tendue, qui précéde l'enfant.

§. 234. La tête avance dans cette même position et traverse le détroit inférieur. L'occiput pour lors se présente complétement, et se porte sous l'arcade du pubis, la face est tournée contre le sacrum, le sommet vers le périnée; le diamètre occipito-mentonnier est encore dans l'axe du bassin, mais maintenant le diamètre cervico-bregmatique se trouve dans le cocci-pubien, et le bi-pariétal dans l'ischiatique.

Jusqu'ici la tête de l'enfant a constamment plus ou moins reculé pendant les intervalles des douleurs, à cause de la résistance des parties génitales et de la pression, qu'elle a éprouvée durant les contractions de l'utérus; mais dès qu'elle est arrivée au passage elle ne recule plus. Elle est fortement comprimée, les os du crâne se croisent, et sa peau, si elle n'est pas tuméfiée, devient très ridée. Dès que l'occiput a paru sous l'arcade du pubis, la tête fait un mouvement de rotation d'en-bas en en-haut, de sorte que le menton s'éloigne de la poitrine, et que le sommet, le front et la face se dégagent de dessus le périnée.

§. 235. Ainsi que la tête, les épaules traversent de même les plus grands diamètres du bassin. Quand la tête est parvenue au détroit inférieur du bassin, les épaules entrent dans le diamètre transversal, ou dans l'oblique, du supérieur; et avancent, pendant que la tête entre au passage, dans le diamètre oblique de l'excavation, tellement que le dos de l'enfant se trouve vers le côté gauche de la mère, et du moment que la tête est dégagée, les épaules descendent dans le diamètre cocci-pubien du détroit inférieur; ce qui force la tête à tourner, souvent déja pendant son dégagement, ou au moins après sa sortie, l'occiput vers la cuisse gauche de la femme. Dans les cas où la tête ne tarde point à se rendre dans le diamètre grand-sacro-pubien, et que les épaules s'offrent de suite dans le grand-

transversal, il peut, quoique rarement, arriver que, par le mouvement de rotation des épaules, le dos se tourne à droite ; ce qui dans ce cas oblige encore l'occiput à se tourner, lors du dégagement de la tête, vers la cuisse droite de la mère.

§. 236. Les épaules se dégagent donc également par le diamètre cocci-pubien, et notamment celle qui est située vers le périnée paroit, le plus souvent, avant celle de dessous le pubis.

Les mêmes douleurs, qui ont produit le dégagement des épaules, opèrent aussitôt l'expulsion du reste du tronc dans la même situation; de manière cependant que communément l'enfant se trouve un peu tourné sur le dos.

§. 237. *Le mécanisme de la position occipito-cotyloïdienne droite* est complétement semblable à celui de la première position du sommet, avec la seule différence qu'en avançant l'occiput et le dos de l'enfant se tournent du côté droit en avant du bassin, tandis que dans la première ils se tournent du côté gauche en avant. Dailleurs on considère cette seconde position du sommet comme étant un peu moins facile que la première, parceque l'intestin rectum peut mettre quelqu' obstacle à l'avancement de la face dans la symphyse sacro-iliaque gauche. Cette position est au reste beaucoup plus rare que la première. On nomme *faciles* ou *bonnes* ces deux positions

du sommet, pour les distinguer des deux autres appelées *difficiles* ou *mauvaises*, dont il sera parlé dans la suite. *)

§. 238. Dans la *marche régulière de la délivrance*, qui ordinairement dure 30 à 60 minutes, le plus souvent les dernières douleurs de la quatrième période décollent le placenta de manière, qu'immédiatement après l'accouchement, il se trouve avec sa face fœtale couché sur l'orifice de la matrice; mais quelquefois il ne se détache que par le travail du cinquième tems, qui dans 5 à 10. ou 15 minutes succède à l'enfantement. La matrice se resserre peu-à-peu autour de l'arrière-faix et de nouvelles douleurs le poussent par l'orifice de la matrice dans le vagin, de sorte que dans cet instant l'œuf évacué, se retrousse par l'action du placenta qui traverse l'ou-

---

*) Plusieurs accoucheurs admettent, il est vrai, six (quelques-uns même huit) positions où l'enfant présente le vertex; dont la première moitié seroit comptée, en ajoutant à celles que nous venons de traiter la position occipito-pubienne, au nombre des accouchemens faciles; le reste, et nommément les positions fronto-cotyloïdiennes droite et gauche, et la fronto-pubienne (ainsi que l'occipito-iliaque gauche et droite) seroient mises dans la classe des pénibles. Cependant toutes ces positions du sommet peuvent être facilement réduites à quatre, savoir: les deux que nous venons de décrire, et les deux positions fronto-cotyloïdiennes, dont il est parlé §. 301.

verture des membranes; depuis le vagin l'arrière-faix se dégage par son propre poids hors de la vulve. Le décollement du placenta de l'utérus est toujours accompagné d'un flux de sang plus ou moins considérable, et l'expulsion de l'arrière-faix suivie d'une quantité de sang, ou fluide ou en caillots, et souvent d'eau de l'amnios restée en arrière dans les membranes. En général la délivrance est prompte en raison inverse de la rapidité de l'accouchement.

CHAPITRE III.

Des Fonctions de la Sage-femme dans l'accouchement régulier et facile.

§. 239. L'accouchement régulier et facile n'ayant proprement pas besoin des secours de l'art, la sage-femme doit borner ses soins à en faciliter le travail autant que cela est en son pouvoir; elle éloignera de son mieux tout ce qui peut le rendre pénible, et ce qui pourroit nuire soit à la mère, soit à l'enfant. Pour cet effet la sage-femme fera observer à la personne un régime convenable; elle doit la placer dans une situation avantageuse; l'instruire sur la manière de faire valoir ses douleurs; elle sera continuellement attentive aux progrès de l'accouchement, et en général à tout ce qui se passe, comme aussi à la propreté etc.

L'on doit au reste employer encore tous ces soins, non seulement aux accouchemens réguliers et faciles, mais aussi dans tous ceux d'une autre espéce, quoiqu'ils ne puissent suffire qu'à ces premiers.

§. 240. Quand la sage-femme sera arrivée pour l'accouchement auquel elle aura été appelée, elle commencera par s'entretenir avec la femme, pour s'informer de l'état de sa grossesse, ainsi que des circonstances qui l'ont accompagnée, et dont la connoissance pourra être utile et importante relativement à sa délivrance. Par conséquent elle s'instruira principalement sur les points suivans: si la femme à accoucher est primipare, et en cas de la négative, si ses précédens accouchemens ont été faciles ou pénibles, quel en est le nombre, et comment chacun en particulier s'est passé; si la présente grossesse est à son terme, et si elle n'a point éprouvé de circonstances particulières. La sage-femme doit de plus s'assurer si dès sa jeunesse, et surtout pendant sa grossesse, la femme a joui d'une bonne santé; si ses précédentes couches n'ont point eu de suites fâcheuses; si elle n'est point affectée de hernie, ni de prolapsus, ou de veines variqueuses etc., depuis quand et comment le travail a commencé, si, et depuis quand elle est allé à la selle etc.

§. 241. Lorsque le rectum et la vessie n'auront pas été vidés depuis douze heures de tems,

il faut opérer cette évacuation par des lavemens et par la sonde.

§. 242. *Le clistère* (dont il est parlé ici en général), qu'on appliquera par préférence au moyen d'une seringue, peut être à l'eau simple, ou au lait, ou d'une infusion de gruaux, de son ou de camomille; auxquels on peut, selon les circonstances, ajouter un peu d'huile, de miel, de savon ou de sel. Le fluide à injecter doit être tiède; sa quantité d'environ huit onces (de quatre onces pour l'enfant), et la seringue ne doit point contenir d'air.

Attendu qu'on doit agir avec grand ménagement, en donnant un lavement à la femme en travail, on observera de la coucher sur le côté droit, pour ne pas comprimer le rectum et le colon, et de lui faire retenir l'haleine. (Mais on placera la femme non enceinte sur le côté gauche, et l'enfant de même, ou préférablement sur le ventre.) Après avoir graissé le bout de la canule de la seringue, on en introduit avec précaution la longueur de 2 à 3 pouces (et d'un pouce chez l'enfant) dans l'anus, en le dirigeant d'abord droit en avant, puis le long de la symphyse sacro-iliaque gauche. Le fluide étant lentement injecté, et la canule retirée avec précaution, on laissera reposer la personne un peu de tems dans la même situation.

§. 243. Lorsque la *rétention d'urine* procède de la pression que l'utérus, ou la partie que pré-

sente l'enfant, exercent sur la vessie, on doit avant tout tâcher d'opérer par l'éloignement de cette pression l'excrétion de l'urine. Dans ce but on couchera la femme sur le dos horizontalement, ou même le siège un peu élevé, puis portant deux doigts dans le vagin, on poussera en arrière la matrice ou la partie présentée par l'enfant, laissant la personne uriner dans cette position. Si cet expédient ne réussit pas, on se servira de la sonde.

§. 244. *L'application de la sonde* doit se faire dans la même situation de la femme, et préférablement sans le secours de la vue. Après avoir placé un vase convenable entre les cuisses écartées devant les parties génitales, on écarte les grandes lèvres avec le pouce et le doigt majeur de la main gauche (quand on est placé à droite de la femme), et l'on recherche de l'index l'orifice de l'urètre d'en-bas en en-haut. L'ayant trouvé, on saisit entre le pouce et le doigt du milieu de la main droite la sonde modérément chauffée dans de l'eau, et graissée, de manière que le boût de l'index porte sur l'ouverture de la sonde, et que la concavité de celle-ci se dirige vers en-haut. Alors on conduit le bout de la sonde le long de l'indicateur gauche à l'urètre, dans lequel on l'introduit avec précaution, en baissant la partie extérieure de la sonde.

§. 245. Dès que la sage-femme aura achevé son examen verbal, elle passera au toucher externe et interne pour s'assurer par elle même des circonstances qu'il lui importe de connoître. Elle doit surtout se convaincre par ces recherches, si le travail a commencé, jusqu'à quel point il est avancé, ainsi que de l'état et de la conformation des parties génitales, de la position de l'enfant etc. La sage-femme doit d'ailleurs réitérer ses recherches pendant tout le tems de l'enfantement, afin de s'assurer de sa marche et de ses progrès.

§. 246. Suffisament instruite la sage-femme s'occupera de tout ce qui est nécessaire pour recevoir l'enfant à naître, à construire le lit de travail et celui des couches.

§. 247. Elle préparera deux ligatures médiocrement épaisses et préférablement plattes, et une paire de ciseaux, ni trop tranchante ni pointue, pour lier et couper le cordon ombilical. Elle mettra également en ordre, et tiendra au chaud, les linges pour la mère et l'enfant, et ce qui sera nécessaire pour soigner le reste du cordon. Elle fera encore attention qu'on tienne toujours prêts de l'eau chaude, un vase commode pour baigner l'enfant, et tout ce qu'il faut pour ranimer un enfant en état d'asphyxie. Ce dont il sera parlé en son lieu.

§. 248. Le lit que nous appelons proprement, *le lit de travail* sera tendre, mais solide et disposé de façon, que la femme puisse s'y placer à demi couchée; et que les organes génitaux puissent être entièrement libres, pour que la sortie de l'enfant ne rencontre pas d'obstacles. La femme doit pendant le travail pouvoir appuyer ses pieds, les genoux à demi pliés, et tirer de ses mains sur quelqu' objet solide; ce lit sera tenu propre et placé de manière qu'il soit accessible par en-bas et des deux côtés.

§. 249. Ce lit de travail, qui est le plus fréquemment employé, sera arrangé de la manière suivante : on relèvera d'environ un pied la moitié supérieure d'un lit étroit, ou lit de repos, au moyen d'un matelas plié en double, soit par des coussins, ou carreaux; on étendra sur la place, où se portent les parties génitales une peau de mouton, ou de biche, ou une toile cirée; on couvrira celle-ci et le reste du lit d'un drap, en ajoutant à celui-ci un autre linge plié en plusieurs doubles, qu'on puisse ôter facilement quand il est sâli de dessous le siège de la femme. On place la personne sur ce lit de sorte que les parties génitales dépassent le bord inférieur du matelas, et qu'elle puisse arc-bouter ses pieds contre le bas du lit, où l'on aura soin de fixer des sangles, ou des essuye-mains, sur lesquels elle puisse tirer de ses mains pendant le travail. La tête et le dos seront sou-

tenus, selon qu'il conviendra, par des oreillers. La place la plus convenable à la sage-femme pendant qu'elle donnera ses soins, sera, si cela est facile, au bas, si non, à côté de ce lit.

§. 250. L'enfantement sur des *chaises*, ou sur des *sièges* particuliers est plus rare, et peut-être tout aussi inconvenant. On peut d'autant plus particulièrement recommander aux sage-femmes le *coussin de travail*, lequel étant construit comme il convient, peut être employé avec succès sur tous les lits ordinaires. *) Quant à la préparation du lit des couches, il en sera traité dans la suite.

§. 251. Tout étant mis en ordre, la sage-femme donnera toute son attention à la personne; elle ne la quittera point dès le premier instant du travail jusqu'à sa fin, ni sans avoir donné après la délivrance les premiers soins à la mère et à l'enfant.

§. 252. Bien que la femme ne soit pas obligée dans la première période de l'accouchement

---

*) L'auteur ne pense pas qu'il soit nécessaire de donner ici la description des sièges et des lits de travail artificiels, vu que les sage-femmes en font rarement usage. Il croit plutôt devoir décrire spécialement le coussin de travail inventé par Monsieur *de Siebold*, qui est fort utile, mais très peu connu des sage-femmes; ce qui aura lieu dans le supplément.

à une conduite essentiellement différente de celle qu'elle suivoit pendant sa grossesse, attendu qu'elle peut se coucher, s'asseoir ou se tenir debout, et mieux encore se donner modérément du mouvement en se promenant par sa chambre; cependant, à cause de l'interruption de la digestion et de la pression que l'estomac éprouve durant le cours du travail, elle ne prendra que peu, ou point, de nourriture solide, mais seulement de la soupe, du bouillon, et en fait de boissons du léger et du rafraichissant, jamais de breuvages irritans ou échauffans. On débarrassera la femme de tous les habillemens qui la serrent ou la gènent, et l'on éloignera tout spectateur inutile. La sage-femme doit tâcher en outre d'encourager la femme en travail, d'écarter, ou de modérer au moins ses inquiétudes, de la maintenir autant que possible en bonne humeur.

§. 253. Á la fin du second, ou au plus tard au commencement du troisième tems du travail, on mettra la femme sur son lit, et dès lors elle doit faire valoir ses douleurs. Dans cette intention elle doit fixer le bassin en appuyant ses pieds, et tirant de ses mains; elle baissera le menton sur la poitrine et, après avoir profondément aspiré, elle retiendra son haleine, et poussera ainsi en en-bas. La femme ne fera point d'efforts dans l'intervalle des douleurs, mais prenant leur marche pour règle, elle ne doit ni les prévenir, ni vouloir prolonger le travail au-delà de leur du-

rée, et en général elle ne travaillera qu'autant, qu'elle y sera provoquée par ses douleurs. Mais pendant que celles-ci sont en action, la sage-femme soulagera la personne en soutenant ses reins du plat de la main, et lui faisant fixer les genoux par une aide.

§. 254. Lors de la rupture de la poche il conviendroit d'en recevoir les eaux dans un vase, tant pour la propreté, que pour pouvoir les examiner. Toutefois on ne doit point négliger d'avertir la femme à tems de cette circonstance, afin de la préserver, surtout une primipare, de la frayeur que pourroit lui causer cet écoulement subit et inattendu.

§. 255. Au quatrième tems, quand la tête est au passage, la sage-femme sera principalement attentive que le périnée, alors en souffrance, ne se déchire. Deux moyens préservatifs sont dans ce cas à sa disposition.

La sage-femme soutiendra le périnée de la main platte en la glissant, soit nue, soit couverte d'un linge souple, sous le périnée, de sorte que la paume de la main porte sur cette partie, et que les bouts des doigts s'étendent vers le sacrum. Au retour des douleurs elle tirera en avant la peau du périnée, en le pressant en même tems vers en-haut contre l'arcade des pubis aussi longtems que durera l'action sur le périnée; de façon

que par cette manœuvre, et par la résistance naturelle de l'arcade des pubis, on fera céder davantage la tête.

Ou bien, ce qui au reste convient beaucoup moins, la sage-femme serre, entre le pouce et le bout des doigts d'une main, toute la région du périnée d'un ischion à l'autre, tellement qu'il s'y forme des plis longitudinaux, ce qui doit la rendre propre à une plus grande extension.

En exerçant soit l'un ou l'autre de ces tours de main, on n'écartera jamais les cuisses de la femme plus qu'il n'est absolument nécessaire, pour ne point gêner la libre sortie de l'enfant; de plus la femme ne doit travailler que le moins possible ses douleurs, afin que la tête ne traverse que lentement le pudendum.

§. 256. L'accouchement étant avancé jusqu'à ce que la tête se présente au passage, la sage-femme, afin de mieux recevoir et donner ses premiers soins à l'enfant, écartera les couvertures du lit qui l'embarrassent, et découvrira autant qu'il sera nécessaire les cuisses de la personne, attendu que dans cet instant la vue lui servira à remarquer bien des circonstances, qui sans ce secours peuvent lui échapper: mais ce découvrement doit se faire avec discrétion, et de manière que la sage-femme seule puisse porter la vue jusqu'aux parties génitales.

§. 257. Quand l'occiput s'est dégagé de dessous le pubis, et que la tête paroît être sortie, il arrive quelquefois que la bouche et le menton restent encore engagés sur le périnée. Dans ce cas on dégagera ces parties, en glissant, avec un grand ménagement pour le périnée; le doigt majeur et l'iudex de la main qui n'est pas appliquée sur cette partie, dessous le menton, qu'on tirera en avant, tandis qu'on soulévera doucement du pouce le front.

§. 258. La tête étant complétement sortie, on ne se pressera point d'extraire le reste du corps, mais on attendra que l'utérus se soit contracté autour de l'enfant, et que le retour des douleurs en opère l'expulsion; l'enfant pouvant sans risque rester quelque-peu de tems dans cette situation. Mais on ne manquera pas, immédiatement après la sortie de la tête, de reconnoître du doigt indicateur si le cordon ombilical est entortillé sur le cou de l'enfant (§. 358 et 374).

Si cependant il arrivoit que la matrice restât trop longtems dans l'inaction, ou que des indices particuliers invitassent à avancer l'accouchement; on pourra tâcher de ranimer les douleurs en frottant légérement le ventre à main ouverte, et si cela ne suffit pas, on dégagera l'épaule située vers en-bas en introduisant l'index en forme de crochet dans l'aisselle. Mais soit que les épaules se développent par la puissance de la nature,

soit par le secours de l'art, la même main, qui aura soutenu le périnée pendant le passage de la tête, le soutiendra constamment sans se retirer pendant la sortie des épaules.

Lorsque le passage des épaules ne s'opère pas dans le diamètre cocci-pubien, on insinuera sous les deux aisselles les indicateurs, par lesquels on les retournera en tirant légèrement sur les épaules.

§. 259. Afin de recevoir convenablement l'enfant, la sage-femme ne déplacera la main qui a soutenu le périnée, qu'après la naissance des hanches. De l'autre, (la droite, si l'occiput est tourné vers la cuisse gauche de la femme,) elle soutiendra la tête, en l'appliquant à plat, pendant qu'elle passe la vulve, sur les parties génitales, de manière que les doigts s'étendent vers le mont de vénus et que le pouce soit couché transversalement sur la commissure inférieure des grandes lèvres. C'est ainsi qu'on laisse arriver la tête entre le pouce et l'indicateur, et qu'on attend l'avancement des épaules. Lorsque celles-ci se présentent, on laisse le pouce au col de l'enfant, tandis qu'en glissant les doigts sur sa face dorsale, on l'amène en le tournant sur le dos. L'on avance l'autre main du périnée aux fesses de l'enfant aussi-tôt qu'elles paroissent, et porte le pouce, ou l'indicateur, entre les cuisses de l'enfant.

§. 260. Pour garantir le cordon ombilical d'un trop fort tiraillement, et l'enfant d'une transition trop subite au froid, on aura soin, si la femme est accouchée au lit, de le coucher près des parties génitales transversalement entre les cuisses de sa mère; de sorte cependant que les glaires, qui souvent remplissent la bouche de l'enfant, puissent s'écouler, ou qu'aumoins on les en puisse tirer avec le doigt, et que sa face soit détournée des parties génitales de la mère, afin qu'il ne reçoive dans la bouche des fluides qui en découlent.

Si la femme est accouchée sur le siège, ou sur le petit-lit, la sage-femme, qui pour lors se tient assise devant ce lit, couchera, sans tirailler le cordon, l'enfant sur ses genoux, de façon que sa tête repose sur l'un de ses bras, se reservant les deux mains libres, et attendant ainsi tranquillement le moment de couper le cordon, après avoir tiré d'un doigt garni d'un petit linge, les glaires de la bouche de l'enfant.

§. 261. Le moment de séparer le nouveau-né de l'arrière-faix, qui maintenant lui devient inutile, est arrivé *lorsque l'enfant respire librement*, et *que les pulsations du cordon ont cessées*, ou *quand le placenta s'est détaché* et repose sur l'orifice de la matrice.

§. 262. Mais tant que le placenta ne sera pas encore détaché de l'utérus, ce que l'on recon-

noit quand les parties génitales ne fournissent que peu ou point de sang à la suite de l'enfant, la sage-femme se gardera de couper le cordon avant que la nouvelle circulation soit bien établie dans l'enfant; conséquemment avant qu'il respire librement, qu'il crie, et surtout avant que la pulsation du cordon ait cessé; indications qui sont à considérer comme autant de preuves, que le sang de l'enfant s'est mis en niveau avec celui de sa mère, et que sa circulation par les poumons se fait régulièrement; ce qui arrive communément dans 5 à 10 minutes après la sortie de l'enfant. La sage-femme doit donc tenir à la distance de 5 ou 6 pouces du nombril, entre le pouce et l'indicateur, le cordon de l'enfant, et attendre ainsi la cessation du pouls, qui se perd graduellement du placenta au nombril.

§. 263. La circulation ayant entièrement cessé, la sage-femme glissera jusqu'au nombril les deux doigts qui tiennent le cordon et, en le préservant de tiraillement, elle exprimera, avec deux doigts de l'autre main, à environ huit pouces du nombril vers le placenta le reste de sang du cordon; elle y appliquera deux ligatures, l'une 3 à 4 travers de doigts du nombril, l'autre un pouce plus loin, et elle en fera entre-deux la section. Il importe que ces ligatures, notamment celle qui reste à l'enfant, soyent faites avec un grand soin et très solidement. Pour cet effet la sage-femme ne fera sur le cordon qu'un circu-

laire qu'elle arrêtera par un noeud chirurgical bien serré, ensuite elle fera un second tour et le fixera par un noeud et un oeillet. Il est encore essentiel que tout cela se fasse sans tiraillement quelconque sur l'ombilic.

§. 264. Dès que la circulation du sang par le cordon a cessé, on peut, il est très vrai, le couper sans ligature et sans qu'il en résulte un écoulement de sang de l'un ni de l'autre bout; et de là on pourroit conclure que ces ligatures sont inutiles. Néanmoins que la sage-femme ne se laisse pas induire en erreur à cet égard, puisque l'expérience prouve, que, plusieurs heures et même deux ou trois jours après la section du cordon, des hémorrhagies ont eu lieu de la portion qui reste à l'enfant, tant par la veine que par les artères ombilicales, et que ces pertes ont occasionné des suites très graves et quelquefois la mort de l'enfant. Ces ligatures doivent en outre empêcher l'air d'entrer dans les vaisseaux ombilicaux. Quant à la ligature du bout du cordon vers le placenta, elle est le plus souvent tout-à-fait inutile. Cependant comme elle ne sauroit nuire, mais qu'elle peut empêcher l'émorrhagie par ce bout du cordon, cas qui en effet se présente rarement, et que d'ailleurs elle est indispensable dans les cas de pluralité d'enfans, que l'on ne remarque pas toujours à la naissance du premier; la sage-femme ne doit pas s'écarter de la pratique des deux ligatures.

§. 165. Mais si, au contraire, immédiatement après la sortie de l'enfant le placenta est décollé de la matrice et situé sur son orifice, ce qu'on peut reconnoître par un flux de sang abondant, et par la recherche externe et interne; le placenta ne pouvant plus fonctionner, devient inutile même à l'enfant qui n'est pas encore né. Dans ce cas, si la cessation du battement au cordon n'a pas aussitôt succédé, il n'est pas nécessaire de l'attendre, vu que pendant le délai l'enfant transmet du sang au placenta, tandis que le plus souvent lui-même n'en reçoit point. Ce n'est donc que dans cette circonstance que l'on peut, aussitôt que l'enfant respire et crie, faire une ligature simple, telle que nous venons de la décrire, et couper ensuite le cordon un peu en dehors; le bout du côté de la mère n'ayant pas besoin de ligature.

§. 266. L'enfant étant, par cette opération, détaché du sein de sa mère, la sage-femme examinera le ventre de l'accouchée pour reconnoître si l'utérus s'est retréci, ou si peut-être il contient encore un second fœtus. Ensuite elle retirera le nouveau né d'auprès de sa mère, elle couvrira d'un linge sec et chaud les parties génitales de la femme, lui fera joindre les cuisses, et l'ayant recouvert chaudement, elle apportera les premiers soins à l'enfant, en attendant le travail des secondines.

§. 267. Quand l'enfant sera soigné, la sage-femme retournera à la mère pour reconnoître si le travail de l'arrière-faix a commencé, c. a. d. si le placenta est décollé, et s'il repose sur l'orifice de la matrice; ce dont elle peut s'assurer, quand sous les tégumens abdominaux elle sentira la matrice retrècie en un corps dur et arrondi, à peu-près du volume de la tête d'un nouveau né; lorsqu'elle remarque un écoulement de sang par les parties génitales, et que par le toucher interne elle trouve le placenta couché sur l'orifice de la matrice; ce qu'elle distinguera facilement par les rayons vasculaires distribués sur la face interne qu'il présente.

§. 268. Lorsque le placenta est sur l'orifice de la matrice, on porte devant les parties génitales l'index et le doigt majeur d'une main, qu'on entortille solidement du cordon ombilical qui sort hors du pudendum; on avance, en parcourant le cordon, les mêmes doigts de l'autre main, par le vagin jusqu'au placenta, le plie en quelque sorte à double, en poussant contre le sacrum la partie de cette masse, qui se trouve derrière l'arcade du pubis; et l'on fait de la main qui tient le cordon, en le tirant à soi, l'extraction du placenta, tandis que de l'autre on le dirige le long du sacrum. Quand le placenta paroit hors du vagin, on le saisit des deux mains, en abandonnant le cordon, et on le retourne pour mieux ramasser toutes ses dépendences. La femme

pendant ce tems ne fera que des efforts modérés en poussant comme pour aller à selle.

Après avoir déposé l'arrière-faix dans un vase, on examinera s'il est complétement sorti, s'il est sain etc.

§. 269. Quoique ce procédé pour délivrer soit le plus convenable et le plus employé en pratique, il n'est cependant pas absolument nécessaire, étant au contraire plutôt une coutume, peut-être un abus, établi pour règle; attendu que dans la plupart des cas en laissant agir la nature seule, la femme peut dans l'espace d'une heure, ou moins encore, se délivrer sans accidens et sans douleurs, ainsi qu'il est dit §. 238. Ces considérations semblent indiquer, qu'on s'accorderoit bien mieux avec la nature en patientant durant ce tems et même davantage, et en ne recourant à l'expédient ci-dessus, que lorsque dans cet intervalle la délivrance ne se seroit pas opérée par les seules forces de la nature.

On ne peut donc trop recommander aux sage-femmes de ne pas hâter l'extraction de l'arrière-faix, mais d'attendre qu'il soit descendu sur l'orifice de la matrice, et que l'utérus se soit resserré par-dessus du placenta; puisque des hémorrhagies, surtout de fortes tranchées, et d'autres accidens sont communément les suites d'une

délivrance trop accellerée, tandis qu'un délai n'est pas nuisible.

§. 270. L'accouchement achevé, on nettoyera avec une éponge douce et de l'eau tiède les parties génitales; la sage-femme les examinera, particulièrement le périnée, s'il n'est point rompu, et après avoir recouvert ces parties de linges chauds, et préservé l'accouchée de refroidissement, on la mettra dans un lit propre préparé pour ses couches.

CHAPITRE IV.

De l'accouchement irrégulier et facile.

§. 271. L'accouchement est irrégulier et facile, lorsqu'il est accompagné de toutes les conditions favorables indiquées §. 227; mais où l'enfant, au-lieu de la position qu'on y désigne, présente les *pieds*, les *genoux*, ou les *fesses*. C'est relativement à celle de ces parties qui s'offre qu'on divise ce genre d'accouchemens en trois espèces.

I. De l'accouchement par les pieds.

§. 272. On croit pouvoir remarquer déjà dans les derniers tems de la grossesse quelques signes, quoique fort trompeurs, de la position que nous considérons ici. Par exemple lorsque le volume du ventre est inégal et qu'il ne s'affaisse

pas vers la fin de la grossesse; lorsqu'au toucher par le vagin on ne sent pas la tête, mais que, en examinant le bas-ventre, on croit la sentir dans la région du nombril, et les pieds vers en-bas etc.

Dans l'accouchement on reconnoit la présence des pieds aux indices suivans: l'orifice de la matrice se dilate lentement et irrégulièrement; de même la poche ne se forme que lentement, elle ne s'arrondit pas, mais s'enfonce graduellement, en forme de sac, dans le vagin; elle ne se distend que très peu pendant les douleurs, et souvent on peut distinguer les pieds en arrière de cet organe; les eaux s'écoulent de bonne heure et abondamment, et dès ce tems on reconnoit distinctement les pieds, souvent même les fesses. Il peut arriver aussi que l'enfant ne présente qu'un pied.

§. 273. On distingue par les signes suivans les pieds et les mains, sur lesquels on peut facilement prendre le change. Les pieds sont plus gros, la main plus platte; les doigts du pied sont plus courts que ceux de la main, le grand orteil est le plus long, le ponce le plus court des doigts; le pied se distingue par le talon, et par l'angle qu'il forme avec la jambe; la main par la séparation entre le pouce et les doigts; la jambe diffère de l'avant-bras par les malléoles, par la crête du tibia et le gras de la jambe; le genou du coude en ce que le premier est plus arrondi,

et par la rotule qui est mobile quand la jambe n'est pas fléchie, tandis que le coude est plus petit et plus pointu; la cuisse est plus épaisse que le bras, et de la cuisse on monte aux parties sexuelles et aux fesses.

§. 274. Les pieds peuvent se présenter différemment, ce qui au reste, avant que les hanches s'engagent dans le détroit abdominal du bassin, est de peu d'importance. Mais pour lors les hanches peuvent elles mêmes s'engager de diverses manières, soit que le dos de l'enfant se dirige vers l'une ou l'autre cavité cotyloïde, soit vers l'une ou l'autre symphyse sacro-iliaque, soit contre les pubis, ou enfin vers le sacrum. Mais en suivant la marche régulière, les hanches, quand elles sont arrivées au détroit périnéal, répondent toujours au diamètre cocci-pubien; mais elles peuvent aussi s'engager dans chaqu'un des autres diamètres de ce détroit. Cependant on peut admettre en général quatre positions: 1) le dos à gauche, 2) le dos à droite, 3) le dos en avant, 4) le dos en arrière de la femme. Les pieds étant alors dégagés, on reconnoit ces positions à la direction des talons.

§. 275. Le mécanisme de ces accouchemens s'effectue encore de façon que les hanches, les épaules et la tête passent par les plus grands diamètres du bassin.

Dans la première position les hanches se présentent dans le diamètre cocci-pubien du détroit

inférieur tellement, que la droite se trouve appuyée contre le sacrum, la gauche contre la symphyse des pubis, et c'est ainsi qu'elles se dégagent, notamment la postérieure avant l'autre, en se tournant obliquement. Maintenant les épaules descendent dans le diamètre oblique du détroit supérieur, la droite se dirigeant en arrière et à gauche, la gauche en avant et à droite. En avançant dans cette direction elles se tournent dans l'excavation de manière qu'au détroit inférieur elles paroissent également dans le diamètre antéro-postérieur. Les bras, en s'appuyant contre les rebords du petit bassin, se relèvent le long des régions latérales de la tête, ou bien ils restent fléchis sur la poitrine et descendent les coudes en avant. La tête enfin présente l'occipito-frontal au diamètre transversal, ou à l'oblique du détroit supérieur; avance dans l'oblique de l'excavation, et arrive de même au détroit périnéal dans le diamètre antéro-postérieur, de manière cependant que, le menton se rapprochant de la poitrine, et l'occiput se relévant à mesure que la tête avance, c'est alors le diamètre cervico-bregmatique de la tête qui répond au diamètre cocci-pubien. L'enfant se trouvant maintenant couché sur le ventre, le menton se dégage le premier sur le périnée, les autres parties de la face lui succèdent, et enfin l'occiput en passant dessous l'arcade pubienne, termine l'accouchement.

§. 276. Le mécanisme de l'accouchement *dans la seconde position des pieds* se fait exactement de même, excepté seulement que l'enfant se tourne dans une direction opposée à celle qui est indiquée dans la première position.

Dans la *troisième position* l'accouchement s'opère parfaitement comme dans les deux premières, à l'exception des hanches, qui se présentent au détroit périnéal dans le diamètre transversal, le dos étant tourné vers la symphyse des pubis.

La *quatrième position* est très rare, tant à cause de sa nature même, que parcequ'on y remédie par l'art. Mais l'orsque l'accouchement, dans cette position, se fait par les seules forces de la nature, il s'exécute à l'égard des hanches et des épaules de la même manière que dans la troisième, avec la seule différence que le dos se retourne — non en avant — mais en arrière. La tête ayant donc la face en avant, avance cependant aussi dans le diamètre oblique du détroit supérieur, et descend dans l'antéro-postérieur de l'excavation et du détroit inférieur; mais comme la face s'arrête très souvent dessous l'arcade des pubis en y arrivant, et que le menton s'éloigne peu à peu de la poitrine, tandis qu'au contraire l'occiput avance; il se rencontre que pour lors ce sont les grands diamètres de la tête qui, au lieu des petits, répondent aux antéro-postérieurs

du bassin, c. a. d. que quand la face s'arrête à l'arcade des pubis, et que l'occiput avance sur le sacrum, le diamètre occipito-frontal se présente dans le grand sacro-pubien, et ensuite l'occipito-mentonnier dans le cocci-pubien, ce qui rend la sortie de la tête très pénible; et ce n'est que quand l'occiput s'est complètement glissé en avant par un mouvement de rotation, et quand le diamètre trachelo-bregmatique répond au cocci-pubien, que le sommet se dégage de dessus le périnée et la face de dessous l'arcade pubienne.

II. De l'accouchement par les genoux.

§. 277. Le mécanisme des accouchemens par les genoux n'est proprement qu'une modification de ceux ou l'enfant présente les pieds. On peut par conséquent y rapporter tout ce qui a été dit de ces derniers relativement à leurs signes, à leurs différentes positions de l'enfant, ainsi qu'a leur mécanisme. Au reste ils sont plus rares que les accouchemens par les pieds.

III. De l'accouchement par les fesses.

§. 278. Dans l'accouchement où l'enfant présente les fesses, il avance en quelque sorte en double, vu que les fesses s'offrent les premières, et que les pieds s'allongent sur la face sternale du tronc. Cependant cet accouchement n'est pas plus pénible, mais peut-être plus facile et plus fréquent que celui par les pieds. Quelquefois les

genoux sont pliés tellement que les talons touchent les fesses.

§. 279. On reconnoit la position des fesses par l'élargissement lent de l'orifice de la matrice, par la forme de la poche beaucoup plus aplatie et moins volumineuse que dans la position ou l'enfant présente la tête; par une tumeur grosse, ronde et molle qui est palpable derrière la poche; quelquefois par le flux du méconium avec les eaux; de plus on distingue les fesses par le toucher d'un sillon, au milieu duquel on trouve l'anus; et enfin en palpant soit le sacrum qui est facile à discerner, ou les parties sexuelles.

En général il est difficile de reconnoître cette position de l'enfant avant l'écoulement des eaux; et même après on peut encore s'y tromper, en la prenant pour une position où se présente la tête. Les signes par lesquels on distingue principalement la tête et les fesses sont: une plus grande dureté de la tête, les sutures, les fontanelles, la peau velue et souvent ridée; d'autre part la mollesse des fesses dont la peau est unie et sans cheveux, le sillon, l'anus et le voisinage des parties sexuelles et des cuisses. Quand le travail dure longtems et que le siège se tuméfie, on peut surtout facilement se tromper en le prenant pour une tumeur de la tête.

§. 280. La position dans laquelle les fesses se présentent le plus fréquemment, est celle où

les hanches se trouvent au détroit supérieur dans un diamètre oblique, le dos tourné vers l'une des cavités cotyloïdes.

Il n'est pas rare que les fesses paroissent dans le diamètre transversal le dos tourné vers les pubis et les cuisses contre chacune des symphyses sacro-iliaques. Le plus rarement elles avancent, au contraire, dans un diamètre oblique tellement que le dos est tourné vers l'une ou l'autre symphyse sacro-iliaque. Mais quand les fesses se présentent de manière que le dos est placé en arrière, celui-ci se glisse chaque fois du promontoire à l'une ou l'autre symphyse sacro-iliaque.

§. 281. Quant au mécanisme de toutes ces positions des fesses, il est entièrement semblable à celui des positions correspondantes, où se présentent les pieds (§. 275 et 276.) attendu que les hanches, les épaules et la tête traversent les mêmes diamètres, et suivent les mêmes mouvemens progressifs.

CHAPITRE V.

Des fonctions de la Sage-femme pendant l'accouchement irrégulier et facile.

§. 282. On doit toujours abandonner aux forces de la nature les accouchemens par les pieds, par les genoux ou les fesses, lorsque ces

parties se présentent dans l'une ou l'autre des deux premières positions, même dans la troisième, et en concomitance des autres conditions requises pour un accouchement facile. Si donc, en s'engageant, le dos de l'enfant est tourné à gauche, à droite ou en avant, quand nul accident particulier n'est à craindre pour l'enfant, tel que prolapsus, ou pression du cordon, avancement des pieds simultanément avec quelqu'autre partie, une mauvaise situation des bras, refroidissement de l'enfant ou du cordon, un long retard de la tête après la sortie du tronc, des efforts inutiles de l'enfant pour respirer, et si d'autre part la mère n'est menacée d'aucun accident fâcheux, si ses organes génitaux et l'enfant sont bien proportionnés entre eux etc.; l'accouchement pourra se terminer sans recourir à l'art et sans danger pour la mère et l'enfant.

§. 283. La sage-femme doit se conformer dans cette espèce d'accouchement, non seulement à tout ce qui a été dit au chapitre sur le traitement des accouchemens réguliers et faciles (§. 239 et s.), mais elle observera encore soigneusement pendant les accouchemens irréguliers, d'envelopper de linges secs et chauds toutes les parties de l'enfant, à mesure qu'elles parviennent au jour, et de les soutenir; de faire la plus grande attention que le ventre de l'enfant ne soit comprimé, ni la circulation au cordon empêchée; de ne point céder à l'envie de tirer

sans nécessité sur l'enfant, parceque la matrice se trouvant par cet expédient intempestif trop-tôt débarrassée, et le menton s'éloignant de la poitrine, l'accouchement en devient plus pénible.

§. 284. Mais il faudra au contraire hâter l'accouchement, en aidant de la main, si une ou plusieurs des conditions que l'accouchement facile exige ne sont pas remplies, ou si le dos de l'enfant est tourné en arrière.

I. Extraction de l'enfant par les pieds.

§. 285. Si, au moment où il convient d'accélérer l'accouchement par les pieds, les eaux ne sont pas encore écoulées, ni les pieds engagés dans le vagin, on rompra la poche (d'après §. 369.) et l'on ira chercher les pieds en dirigeant dans la matrice la main qui a rompu la poche; on les saisira de l'index du doigt du milieu et de l'annulaire par les malléoles de façon que le doigt du milieu se trouve entre les deux pieds, et on les tirera ainsi avec précaution jusqu'à la vulve.

§. 286. Avant que de tirer sur les pieds on ne manquera jamais de rechercher par l'indicateur, si le cordon passe entre les cuisses de l'enfant. En ce cas on le dégagera aussitôt pour prévenir les mauvaises suites (§. 357.) que, pendant la descente de l'enfant, la tension du cordon pourroit occasionner à la mère et à l'enfant.

Pour cet effet on tirera du pouce et de l'index sur la partie du cordon qui aboutit au placenta, et passe ordinairement sur le dos de l'enfant; on en formera une anse, par laquelle on passera une de ses jambes fléchie. Ensuite on préservera le cordon, autant que possible, de pression.

§. 287. Quant à l'accélération de l'accouchement, on l'opère en tirant d'abord sur les jambes et les cuisses, et ensuite sur le tronc de l'enfant. On saisit de chaque main une de ses jambes, de manière qu'elle tombe dans le poignet, et que le pouce soit appliqué sur sa face postérieure; puis on attire avec précaution les pieds, soit en pratiquant des tours de spirale, ou de légers mouvemens en en-haut et en en-bas; en observant tant que possible de tirer pendant l'action et de reposer durant les intervalles des douleurs. Aussitôt que les cuisses parroissent, on les saisit, et les tire à soi de la même manière qu'on agit sur les jambes, mais toujours au plus-près possible des parties génitales de la mère.

§. 288. Après le développement des hanches on doit, pour éviter toute pression du bas-ventre; tirer sur l'enfant en appliquant les deux mains à plat sur ses côtés. De même pour empêcher le tiraillement au nombril, on fera descendre une petite anse du cordon.

§. 289. En tirant l'enfant à soi, la sage-femme fera principalement attention, de le tourner de

façon que chaque partie de l'enfant, notamment les épaules et la tête, puissent traverser les diamètres indiqués à l'article de la marche régulière de cet accouchement. (§. 275 et 276.)

A l'égard des hanches, la sage-femme peut favoriser leur dégagement dans le diamètre cocci-pubien, mais aussi dans l'oblique, et même dans le diamètre ischiatique; vu que pour lors les épaules se présentent dans le diamètre oblique, ou dans le transversal, du détroit supérieur. En continuant de tirer sur l'enfant, elle ne sera pas moins attentive à le tourner de manière, que les épaules se présentent dans le diamètre oblique de l'excavation, et dans l'antéro-postérieur du détroit périnéal et en outre, qu'au moment où les épaules se dégagent du détroit inférieur et du pudendum, la tête ne soit pas empêchée de se tourner dans le diamètre oblique, ou mieux encore dans le sacro-pubien de l'excavation; ce qu'elle effectuera en tournant dans ce moment l'enfant obliquement, ou sur son ventre.

§. 290. Après la sortie des épaules on s'abstiendra surtout de tirer encore sur le tronc, le cou de l'enfant ne pouvant, sans péril de sa vie, supporter aucune distension. Cependant, si les bras sont convenablement élevés latéralement de la tête, et si entre le volume de celle-ci et la capacité du bassin il ne se présente point de

disproportion, on dégagera la tête par le manuel de l'art, dont même un court délai dans les parties génitales, exposeroit alors imminemment la vie de l'enfant. Mais lorsque les bras seroient autrement situés, ou quand par leur volume ils embarrassent le passage de la tête; on dégagera d'abord les bras, et ensuite la tête. Il vaut mieux ne pas dégager les bras quand ils sont situés aux côtés de la tête, parcequ'ils préservent le cou de distension et le cordon ombilical de pression, et empêchent l'orifice de la matrice de se contracter autour du col de l'enfant, ce qui rendroit plus pénible le développement de la tête. Rarement les bras se dégagent avec le tronc, lorsqu'on hâte l'accouchement par l'extraction.

§. 291. On doit toujours dégager en premier le bras qui offre le plus de facilité; c. a. d. celui qui est le plus près de la face de l'enfant. On développe par la main droite le bras droit, par la gauche le bras gauche de l'enfant, en agissant de la manière suivante. On soutient le tronc de l'enfant de l'une des mains à plat, sur laquelle on le couche; ensuite on introduit l'index de l'autre main, par dessus le dos de l'enfant à son épaule, et de là, le long du bras, jusqu'au coude; on glisse l'avant-bras de l'enfant jusqu'au visage, puis, ayant baissé la main dessous sa face sternale, et saisi du pouce et de l'indicateur le bras par le coude, on en fait

l'extraction par dessus la poitrine de l'enfant. Ce bras étant enveloppé, l'on change de main pour procéder à la même opération de l'autre côté.

§. 292. Pour *dégager la tête*, lorsque la face de l'enfant est plus ou moins tonrnée vers le côté droit du bassin, on avance le doigt du milieu et l'index de la main gauche (et vice versa), le long de la poitrine et du cou, à la face de l'enfant, et les applique aux deux côtés du nez; puis, après avoir transposé sur le bras gauche l'enfant qui, pendant ce tems, a été soutenu par la main droite, on dirige le bout des deux doigts indiqués de celle-ci à l'occiput, et tandis qu'alors on repousse celui-ci par l'une, l'on tire à soi la face avec l'autre main, afin de rapprocher de la poitrine le menton, qui s'en est éloigné pendant l'extraction du tronc. Ce procédé étant exécuté, on tourne la tête dans le diamètre cocci-pubien (si elle n'y est déjà) et on opère, sans déplacer les mains, l'extraction de la tête par de grands mouvemens en dessus et en dessous; enfin on la dégage complétement en relevant vers le pubis le tronc, qui est entre les bras de la sage-femme. Celle-ci invitera en outre la femme à faire valoir ses douleurs, et fera soutenir le périnée par une aide.

§. 293. Si l'on a entrainé les pieds, ou quand ils se présentent d'eux mêmes tellement, que le

dos de l'enfant est tourné en arrière, il faut améliorer cette position le plutôt possible. L'on exécute ce procédé de deux manières : on introduit, si l'enfant est encore mobile, les deux mains l'une après l'autre, en parcourant les jambes et les cuisses, aussi haut que possible aux côtés de l'enfant, et on le retourne, de façon que son dos réponde au côté le plus voisin du bassin. Ou bien, si cela ne peut avoir lieu, on tournera peu à peu l'enfant par de légers mouvemens d'attraction, en le saisissant en-dehors des parties génitales de la mère comme il est indiqué §. 287 et 288.

§. 294. Quand un pied seulement se présente, on pourra, pourvu que l'autre soit disposé de façon à s'étendre dessus la face antérieure de l'enfant, ou laisser ce dernier, ou le faire descendre, si la chose peut s'effectuer facilement. Mais quand il est disposé autrement, on l'amènera toujours au premier. Dans ce dernier cas on dirige la main, en suivant la face intérieure du pied qui se présente, aux parties sexuelles ; de là on passe à l'autre extrémité abdominale, en la parcourant jusqu'aux malléoles; on saisit le pied entre le doigt du milieu et l'index, et après en avoir fléchi la jambe, on l'amène à l'autre pied.

Quand au contraire on veut opérer l'accouchement par un seul pied, on faisira le pied avancé comme à l'ordinaire, et de l'autre côté l'on tirera à soi par le doigt indicateur, insinué en forme de crochet dans le pli des aines.

II. Extraction de l'enfant par les genoux.

§. 295. Quand la nécessité demande d'accélérer l'accouchement par les genoux, on applique les deux doigts indicateurs dans les plis du jarret, sur lesquels on tire lentement par des mouvemens modérés. Si l'enfant est avancé à peu près jusqu'aux hanches, on étendra ses jambes, et l'on traitera le reste de l'accouchement complétement comme celui par les pieds.

Mais quand les genoux ne sont pas encore descendus dans la cavité du bassin, on peut rompre la poche, conduire la main des genoux aux malléoles, fixer ceux-ci entre trois doigts, étendre les genoux, et terminer l'accouchement comme celui où se présentent les pieds.

III. Extraction de l'enfant par les fesses.

§. 296. Cette espèce d'accouchement peut s'opérer de deux manières par le secours de l'art.

Quand les fesses ne sont pas encore avancées dans l'excavation du bassin, on peut chercher les pieds, et procéder du reste comme nous l'avons dit à l'égard des positions des pieds. Ou bien, on hâtera l'accouchement en le traitant comme position des fesses; mais seulement lorsque le siège sera descendu dans le petit bassin, et qu'il ne peut être repoussé qu'avec difficulté.

§. 297, Lorsqu'on veut changer une position des fesses en accouchement par les pieds, on avance la main gauche, si les pieds sont situés vers la droite de la femme — ou la main droite quand ils regardent le côté gauche — au siège de l'enfant, que l'on repousse sur l'ilion situé derrière son dos; portant ensuite le doigt majeur par derrière entre les cuisses, et appliquant sur leurs côtés le doigt annulaire et l'index, on glisse de là la main aux malléoles, on les saisit par derrière, et en insinuant le pouce aux jarrets, on plie les jambes, en couchant les cuisses sur le ventre de l'enfant. Quand les genoux sont fléchis, on prend par devant, avec les mêmes trois doigts, les pieds aux malléoles, et on les amène en repoussant du pouce les fesses.

Lorsqu'on ne pourroit trouver, ou amener qu'un pied seulement, on le fixera d'une main dans le vagin, ou bien on lui appliquera le lacs, et l'on ira chercher l'autre pied de la manière indiquée §. 294.

§. 298. Mais lorsqu'on veut accélerer l'accouchement par les fesses, sans changer cette position, on insinuera en forme de crochet le bout des deux indicateurs, l'un après l'autre dans les plis des aines, en commençant par celui qui rencontre le plus de difficulté, et l'on tirera ainsi sur les aines, en pratiquant des petits tours de spirale sur les fesses, et les faisant passer par

les diamètres convenables. L'application des deux indicateurs étant toujours très difficile, souvent impossible à exécuter, on peut dans ce cas introduire dans l'une des aines l'index, dans l'autre le pouce de la même main, et attirer les fesses jusqu'à ce qu'elles soyent assez avancées pour pouvoir insinuer l'index de l'autre main à la place du pouce. On pourra en outre passer un ruban entre le tronc et les cuisses du fœtus pour le tirer à soi; expédient que toutefois on doit éviter autant que possible, parceque souvent il est très nuisible à l'enfant.

Quant au reste de l'accouchement par les fesses, on le traite comme la position des pieds.

CHAPITRE VI.

Des accouchemens réguliers et difficiles.

§. 299. On distingue trois espèces d'accouchemens réguliers et difficiles (§. 225.). 1) Quand l'enfant présente défavorablement le sommet; 2) quand il offre la face, et 3) un côté de la tête.

§. 300. Nous admettons deux *positions difficiles du sommet*, qui sont l'opposé des deux faciles, et dont la face est tournée en avant. *La première* est celle, où l'occiput est situé vers la symphyse sacro-iliaque droite, le front en arrière de la cavité cotyloïde gauche, le dos tourné en arrière et à droite; on la nomme *position fronto-cotyloïdienne gauche* ou *troisième position du*

sommet. La seconde est celle, où l'occiput est placé vers la symphyse sacro-iliaque gauche, le front vers la cavité cotyloïde droite, le dos tourné en arrière et à gauche; on désigne celle-ci par *position fronto-cotyloïdienne droite*, ou *quatrième position du sommet.*

§. 301. Indépendamment des indices désignés §. 229. l'on reconnoit ces positions du sommet, en ce qu'on trouve la fontanelle occipitale située vers l'une ou l'autre symphyse sacro-iliaque, la fontanelle frontale vers l'une des cavités cotyloïdes, et la suture sagittale dans l'un des diamètres obliques de l'excavation du bassin.

§. 302. Quant au mécanisme de l'accouchement dans ces deux positions, il est bien plus pénible que celui dans les deux bonnes positions du sommet (§. 230—236.), parceque la tête présente au détroit inférieur des plus grands diamètres, et que le front se dégage avec plus de peine de dessous l'arcade pubienne, que l'occiput. Semblable à la marche dans les positions occipito-cotiloïdiennes, la tête traverse en effet de la même manière le détroit supérieur et l'excavation du bassin, l'occiput, tourné en arrière, s'abaissant, et le menton, tourné en avant, se rapprochant de la poitrine. Mais quand le vertex arrive au détroit inférieur, le front s'engage dessous l'arcade du pubis et s'y arrête jusqu'à ce que l'occiput se soit dégagé de dessus le pé-

rinée et se présente en avant. Par cette marche le diamètre occipito-frontal est forcé de traverser le cocci-pubien du bassin; ce qui, non seulement rend plus difficile le passage de la tête, mais en outre expose en grand danger le périnée. La tête étant sortie, sa face se tourne vers l'une des cuisses de la mère, et les épaules se dégagent de la même manière que dans les positions occipito-cotyloïdiennes. Par les mêmes causes indiquées §. 237. la position fronto-cotyloïdienne droite est aussi quelquefois plus pénible que la gauche.

§. 303. *Les positions de la face* ne sont pas faciles à connoître avant la rupture de la poche. On les reconnoît cependant l'orsqu'au toucher le front, les yeux, les orbites, le nez, la bouche et la langue, les joues et le menton se présentent au doigt. Mais comme il arrive que souvent ces parties se tuméfient fortement, elles sont quelquefois difficiles à distinguer, même après l'écoulement des eaux.

§. 304. On distingue quatre positions de la face, dans lesquelles le diamètre fronto-mentonnier répond toujours à l'un des obliques de l'excavation du bassin. 1) Le menton en arrière de la cavité cotyloïde gauche, le front en avant de la symphyse sacro-iliaque droite; 2) le menton en arrière de la cavité cotyloïde droite, le front en avant de la symphyse sacro-iliaque gauche;

3) le menton en avant de la symphyse sacro-iliaque droite, le front derrière la cavité cotyloïde gauche; et 4) le menton vers la symphyse sacro-iliaque gauche, le front vers la cavité cotyloïde droite.

§. 305. Dans les deux premières positions le diamètre fronto-mentonnier répond d'abord au diamètre cocci-pubien du détroit périnéal; le menton se dégageant ensuite assez facilement de dessous l'arcade pubienne, le diamètre trachèlo-bregmatique répond pour lors au dit diamètre du bassin, et enfin le sommet et l'occiput se dégagent de dessous le périnée, auquel ils font subir une forte distension. Dans les deux dernières positions de la face, l'accouchement étant abandonné à la nature, le front, au contraire, se présente sous l'arcade des pubis, de dessous laquelle le front, le sommet et l'occiput sont obligés de se dégager, pendant que le menton avance sur le périnée, ce qui amène les plus grands diamètres, nommément l'occipito-mentonnier, dans le cocci-pubien et rend la sortie de la tête fort pénible, en exposant le périnée au danger imminent de la rupture.

On voit par ce que dessus, que la troisième et quatrième position de la face rendent l'accouchement considérablement plus difficile, que la première et la seconde; au point que quelques accoucheurs croyent la terminaison de l'accou-

chement dans cette troisième et quatrième position impossible. Dans toutes ces positions de la face, et en particulier dans la troisième et quatrième, le visage est tuméfié et livide.

§. 306. On distingue *les positions du côté de la tête* par positions *parfaites*, où la partie latérale de la tête se présente complétement; et par *imparfaites*, où le côté de la tête ne se présente qu'en partie et en partie le sommet.

Les positions parfaites du côté de la tête ne peuvent avoir lieu que dans le détroit supérieur, et la tête ne pourroit pas naître dans une de ces positions; mais en avançant elles se changent en positions imparfaites, et comme telles elles peuvent traverser le bassin, si du reste les circonstances y sont favorables.

L'une et l'autre de ces positions sont reconnoissables par l'oreille, qui se présente plus ou moins, et par la bosse pariétale.

§. 307. Nous admettons huit positions latérales de la tête, puisque chaque côté peut se présenter de quatre manières principales.

Les positions du côté droit sont les suivantes:

1) L'occiput répond à la cavité cotyloïde gauche, la face à la symphyse sacro-iliaque droite, le sommet à la gauche et le cou à la cavité cotyloïde droite.

2) L'occiput regarde la cavité cotyloïde droite, la face la symphyse sacro-iliaque gauche, le sommet la cavité cotyloïde gauche, le cou la symphyse sacro-iliaque droite.

3) L'occiput est situé vers la symphyse sacro-iliaque droite, la face vers la cavité cotyloïde gauche, le sommet vers la droite, et le cou vers la symphyse sacro-iliaque gauche.

4) L'occiput est tourné vers la symphyse sacro-iliaque gauche, la face vers la cavité cotyloïde droite, le sommet vers la symphyse sacro-iliaque droite, et le cou vers la cavité cotyloïde gauche.

Les positions du côté gauche sont telles que 1) l'occiput est tourné vers la cavité cotyloïde gauche, la face vers la symphyse sacro-iliaque droite, le sommet vers la cavité cotyloïde droite et le cou vers la symphyse sacro-iliaque gauche.

2) L'occiput répond à la cavité cotyloïde droite, la face à la symphyse sacro-iliaque gauche, le sommet à la droite, le cou à la cavité cotyloïde gauche.

3) L'occiput regarde la symphyse sacro-iliaque droite, la face la cavité cotyloïde gauche, le sommet la symphyse sacro-iliaque gauche, le cou la cavité cotyloïde droite.

4) L'occiput enfin est situé vers la symphyse sacro-iliaque gauche, la face vers la cavité coty-

loïde droite et le sommet vers la gauche, le cou vers la symphyse sacro-iliaque droite.

§. 308. Quand ces accouchemens sont abandonnés aux seules forces de la nature, ils suivent la même marche que ceux des positions du sommet, avec la seule différence que le sommet, qui dans le cours du travail se présente de plus en plus, se montre toujours obliquement avec une partie du côté de la tête, mais jamais complétement.

CHAPITRE VII.

Des Fonctions de la Sage-femme pendant l'accouchement régulier et difficile.

§. 309. On doit changer, au plutôt possible, toutes les positions régulières et difficiles en positions régulières et faciles; conséquemment les réduire à l'une ou l'autre position occipito-cotyloïdienne si la tête est encore mobile dans le bassin; toujours lorsqu'elle se trouve au détroit supérieur, quelquefois même encore quand elle est déjà engagée dans l'excavation. Ou bien on réduira au moins en positions fronto-cotyloïdiennes les positions de la face, ou celles du côté de la tête. Cependant si la tête est tellement avancée dans une de ces mauvaises positions, que la réduction ne soit plus praticable, on abandonnera, excepté la troisième et quatrième positions de la face, le travail aux forces de la nature, qui pourront terminer heureusement

tous ces accouchemens, si des accidens fâcheux ne s'y opposent. Si au contraire des circonstances graves résistent et compliquent le travail, la sage-femme fera venir l'accoucheur pour appliquer le forceps; mais jamais elle ne doit faire la version.

§. 310. On change la troisième position du sommet en seconde, et la quatrième en première. On réduit la première position de la face avant tout en troisième du sommet, puis en seconde du sommet; la seconde de la face en quatrième et ensuite en première du sommet; mais on change immédiatement la troisième position de la face en première du sommet, et la quatrième de la face en seconde du sommet. La première et la seconde positions des deux côtés de la tête deviennent la première et la seconde du sommet, et la troisième et quatrième positions de l'un et l'autre côté — d'abord la troisième et quatrième du sommet — puis la seconde et la première.

§. 311. Pour changer une position fronto-cotyloïdienne en occipito-cotyloïdienne on saisit, par 4 à 5 doigts de la main introduite en forme conique par le vagin et l'orifice utérin, le sommet de l'enfant; puis on le tourne doucement, pour rapprocher de la plus proche cavité cotyloïdienne l'occiput, situé vers l'une des symphyses sacro-iliaques.

§. 312. Pour réduire les positions de la face en positions du sommet, l'on y procède de la

manière suivante, après avoir introduit toute la main selon la règle. A l'égard des deux premières positions on glisse, dans le cas de la première, à l'occiput 4 doigts de la main gauche, et autant de la droite dans la seconde position, en parcourant le front et la suture sagittale, et l'on applique en même tems le pouce à la machoire supérieure; puis, en tirant par les doigts à soi le sommet, on repousse du pouce le menton vers la poitrine. Quand il s'agit de la troisième et quatrième positions de la face, l'on repousse par le doigt majeur et l'index la poitrine de l'enfant; ensuite, après avoir retiré et replacé à chaque côté du nez ces deux doigts, on avance, en suivant la suture frontale et la sagittale, le pouce aussi haut que possible à l'occiput, et repoussant la face en arrière et en enhaut, on fait descendre le sommet. Si ce procédé relatif à la troisième et quatrième position ne réussit pas à la sage-femme, elle fera toujours venir l'accoucheur, vu qu'on ne doit jamais abandonner ces deux positions aux forces de la nature.

§. 313. Dans chaque position où la tête présente un côté, on insinue de la main introduite le doigt majeur et l'index à la partie latérale du cou pour le repousser, ce qui déjà fait un peu descendre le sommet; puis on dirige le pouce le long de la suture coronale au sommet que l'on fait descendre, pendant qu'on continue de repousser le cou.

§. 314. Lorsqu'on a changé de la sorte quelqu'une des troisièmes et quatrième positions de la face, et des côtés de la tête, en positions fronto-cotyloïdiennes, on doit aussitôt tâcher de les réduire en positions occipito-cotyloïdiennes.

§. 315. Mais lorsque la position aura été ainsi réduite, la sage-femme maintiendra la tête dans la nouvelle situation, jusqu'à ce que, la contraction de la matrice l'ayant fait descendre, elle soit tellement fixée dans le bassin, qu'elle ne puisse plus retourner dans sa précédente mauvaise situation; ce qui sans cette précaution arrive toujours.

CHAPITRE VIII.

Des accouchemens irréguliers et difficiles.

§. 316. Dans les accouchemens irréguliers et difficiles l'enfant présente soit le cou, ou la poitrine, ou le bas-ventre, ou le bassin, tellement que chacune des parties peut offrir une de ses faces latérales, ou la face postérieure, ou l'antérieure; ou bien l'une des épaules, ou un bras; ou enfin plusieurs de ces parties peuvent se présenter ensemble, par exemple: une ou deux mains, un ou deux pieds, avec une partie du tronc.

§. 317. Chaque surface de ces parties du tronc peut encore se présenter de différentes

manières. Cependant on pourroit facilement les réduire à quatre positions, savoir: quand la tête est tournée 1) vers le côté gauche, les pieds vers la droite de la mère; 2) la tête à droite, les pieds á gauche; 3) la tête en avant et les pieds en arrière; 4) la tête en arrière et les pieds en-avant. Ce qui produit déjà un résultat de 64 positions du tronc; qui sont, il est vrai, extrémement rares. En outre, et c'est ce qui est plus fréquent, chaque épaule, et chacun des bras, peut se présenter au moins de quatre différentes manières, et enfin l'extrémité supérieure peut se trouver totalement dans le vagin; ce qui fournit la somme de 80 positions irrégulières et difficiles. Toutes sont très difficiles à reconnoître avant, plus faciles à distinguer après, l'écoulement des eaux.

§. 318. On reconnoit, au toucher, la face antérieure du cou, ou *le cou* proprement dit, par le larynx, le sternum, les clavicules et le menton; *la nuque*, ou la face postérieure, aux apophyses épineuses des vertèbres cervicales, aux omoplates, et à l'occiput qui est velu; la face latérale à l'égalité de sa mollesse, à l'épaule et à l'oreille.

§. 319. La face antérieure de la poitrine, ou proprement *la poitrine*, on la discerne par le sternum et les côtes, en en-haut par le cou, et en en-bas par le ventre. On reconnoit la face

postérieure, ou *le dos*, aux appophyses épineuses des vertèbres dorsales, aux côtes, aux omoplates, à la nuque en en-haut, et à la continuité de la colonne vertébrale vers en-bas; la face latérale par les côtes, par l'absence de la colonne vertébrale et du sternum, par le voisinage de l'aisselle et du flanc.

§. 320. La face antérieure de l'abdomen, ou *le bas-ventre*, est reconnoissable à l'égalité de sa souplesse, au nombril, à l'extrémité du sternum et aux os pubis; la face postérieure, ou *les lombes*, aux appophyses des vertèbres lombaires, à l'absence des côtes, à la continuité de la colonne vertébrale vers en-haut, et au sacrum en en-bas; les faces latérales, *ou les flancs*, à leur souplesse, aux fausses-côtes et à l'os des îles.

§. 321. On reconnoit la face antérieure du bassin aux organes génitaux et à l'abdomen; sa face postérieure au sacrum, à la colonne vertébrale en-haut, et à l'anus en en-bas; les latérales à un corps rond et mou, qui se dirige vers en-haut à la crête iliaque et les flancs, vers en-bas aux cuisses. Souvent on peut découvrir les parties sexuelles, ou l'anus.

§. 322. Les épaules forment une tumeur ronde et unie. L'on peut aisément passer des aisselles au cou ou au bras; le plus souvent on palpe des côtes et la clavicule, ou l'omoplate.

Il est assez facile de prendre le change entre l'épaule et les fesses ; toutefois celles-ci sont distinctes par l'anus et le voisinage des parties sexuelles, celle-là par l'absence de ces indices.

§. 323. Il est encore facile de prendre les extrémités inférieures, et les pieds, pour les bras et les mains (273.), comme aussi de confondre ces membres entre eux. Quand la sage-femme prend une main, qui se présente, de façon que les deux faces palmaires se rencontrent, ce sont les deux mains semblables si les deux pouces correspondent ; mais quand ils ne correspondent pas, ce sont des mains dissimilaires.

CHAPITRE IX.

Des secours qu'on doit donner pendant l'accouchement irrégulier et difficile.

§. 324. Dans toutes les positions désignées au chapitre précédent l'accouchement d'un enfant à terme est totalement impossible par les seules forces de la mère. Il est donc indispensable d'éloigner, par le secours de l'art, de l'orifice utérin la partie de l'enfant qui se présente, et de transmettre l'enfant dans une situation qui rende possible son passage par les organes génitaux. Nous appellons cette manœuvre *la version*, ou *l'opération de tourner l'enfant.*

§. 325. Il y a deux sortes de versions : *la version par les pieds*, lorsqu'on repousse la partie qui se présente, que l'on va chercher les pieds, et qu'on les amène dans l'orifice de la matrice; et *la version par la tête*, quand, au lieu de la partie qui s'offre, c'est la tête que l'on conduit dans le bassin.

§. 326. *La version par les pieds* est une opération douloureuse et dangereuse, tant pour la mère que pour l'enfant, et qui quelquefois coute la vie à celui-ci. Elle est encore très pénible, fatigante jusqu'a l'épuisement, souvent douloureuse, même pour la sage-femme, et du reste la plus importante fonction qu'on lui confie; elle exige beaucoup de prudence, d'habileté, d'efforts et de patience.

§. 327. A cause de la gravité de cette opération la sage-femme ne manquera pas de prévenir les parens et amis présens de la femme de sa nécessité, et des suites qui pourroient en résulter. Elle avertira celle-ci, qu'il faut changer la position de l'enfant; mais elle s'abstiendra soigneusement de la décourager, soit en lui communiquant quelque doute du succès, soit en la prévenant des douleurs que peut-être elle aura à souffrir. La sage-femme, loin de manifester ni crainte, ni inquiétude, s'efforcera au contraire d'encourager la femme en travail par des propos convenables, de la rassurer, et de la maintenir en bonne disposition.

§. 328. Comme il arrive souvent, qu'à la suite de la version par les pieds, l'enfant naît en état d'asphyxie, la sage-femme aura soin de tenir prêt ce qui est indiqué au §. 247. et en outre tout ce qui seroit nécessaire pour ranimer l'enfant; elle préparera de plus les linges dans lesquels on le doit envelopper pendant l'accouchement, et un lacs.

§. 329. Lorsqu'on est convaincu que la version est nécessaire, on doit sans délai, si les eaux sont évacuées, procéder à l'opération; attendu que plus on diffère dès lors, plus la version devient difficile et douloureuse. Ce n'est qu'avant l'écoulement des eaux qu'on pourra, si les circonstances le permettent, tarder à rompre la poche jusqu'à ce que l'orifice de la matrice se soit dilaté à pouvoir sans peine y introduire la main; parceque cet instant est le plus favorable pour exécuter la version de l'enfant.

§. 330. Pour cet effet on placera la femme sur *le petit lit*. Comme tel on peut se servir de tout lit préparé, avec des matelas et des carreaux, de manière que la femme puisse s'y placer en travers, avec le derrière sur l'un des bords du lit ni durement ni enfoncé. On mettra sur ce lit la femme plus couchée qu'assise soutenue par une aide, et disposée de façon que les parties génitales soyent placées en dehors du bord, les cuisses médiocrement écartées, les genoux à demi

fléchis, et soutenus par deux aides, les pieds appuyés sur deux chaises.

§. 331. Quand les pieds de l'enfant sont situés vers le côté droit de la mère, on introduira la main gauche, et la droite, quand ceux-là répondent au côté gauche. On appliquera l'une des mains sur le bas-ventre, pour aider la main qui aura été introduite. Celle-ci sera chaude, et sa face dorsale graissée, ainsi que le bras jusqu'au coude; puis c'est en réunissant le bout des doigts que, pendant la douleur, on pénétrera le plus facilement, toutefois avec précaution, en exécutant des mouvemens de rotation, par le pudendum et le vagin, à l'orifice de la matrice.

§. 332. Si l'orifice utérin n'est pas suffisamment dilaté, on l'ouvrira par le manuel de l'art. On l'exécute en y portant, avec un grand ménagement pour la poche, autant de doigts qu'on pourra le faire sans difficulté; on dilate, surtout pendant la douleur, l'orifice de la matrice en écartant les doigts, et tournant la main en divers sens; puis à mesure de sa dilatation, on introduit les autres doigts et enfin toute la main.

§. 333. Quand l'orifice est assez dilaté, on rompt la poche des eaux; ce qui (suivant §. 369.) peut s'effectuer de diverses manières. C'est alors que la sage-femme doit profiter du grand avantage de rompre la poche, en

empêchant de son mieux l'écoulement des eaux par l'introduction prompte de la main et du bras dans l'orifice de la matrice. Dès cet instant la sage-femme procédera à la version de l'enfant; mais elle ne perdra point de vue la possibilité de la présence de deux enfans. Elle se souviendra qu'elle ne doit opérer que dans l'intervalle des douleurs; qu'au contraire elle doit, pendant leur action, tenir la main immobile dans l'utérus, et surtout pendant ses contractions ne point retourner l'enfant. La femme de son côté s'abstiendra totalement du travail durant cette opération.

§. 334. Á l'égard de l'évolution artificielle même on l'exécute, selon les différentes situations de l'enfant, de trois manières principales; tellement que l'une ou l'autre de ces méthodes est applicable dans tous les cas.

§. 335. Le procédé suivant est le meilleur et le plus fréquemment praticable: c'est celui qui doit toujours être employé, quand l'enfant présente la face postérieure du tronc, ou bien un côté, une épaule, ou un bras tellement que le dos est tourné en-avant. On saisit avec le bout des doigts la partie que présente l'enfant et, afin de gagner l'espace nécessaire à l'introduction de la main, ainsi que pour en rapprocher les pieds de l'enfant, on le repousse en deux différentes directions; c'est-à-dire, on tourne son dos en-avant et au-dessus des pubis, en même

tems qu'on glisse autant que possible tout le corps de l'enfant vers le côté de la mère qu'occupe sa tête. Ensuite l'on conduit la main, la paume tournée vers l'enfant, le long de la paroi postérieure du bassin de la mère, depuis la partie qui s'offre, au bas-ventre de l'enfant, et de là à ses parties sexuelles, en évitant le cordon ombilical; puis, afin de s'assurer qu'on embrasse les pieds du même enfant, on porte le doigt du milieu entre ses cuisses, l'index et le doigt annulaire sur leurs côtés, et en glissant ainsi aux jambes et aux malléoles, c'est là qu'on les saisit avec les trois doigts indiqués, soit par devant, le doigt du milieu placé entre deux, ou mieux encore, par derrière tellement que la plante des pieds tombe dans le poignet.

Quand on a saisi ainsi les pieds, on les rapproche avec précaution de la poitrine, en fléchissant les cuisses. Ensuite on applique le pouce dessous la partie qui se trouve sur l'orifice, on la relève, et aussitôt on tire les pieds dans l'orifice de la matrice et le vagin. Lorsqu'on ne pourra suffisamment relever du pouce la partie qui se présente, ni par cette raison tourner l'enfant; on appliquera le lacs aux deux pieds amenés vers l'orifice de la matrice, au moyen duquel on tirera les pieds avec la main qui est hors des parties génitales, en repoussant de celle qui s'y trouve introduite, la partie qui se présente.

§. 336. Si la situation des pieds est telle, qu'on ne puisse les trouver et prendre ensemble, on n'en fera descendre qu'un. Quand celui-ci sera amené dans l'orifice de la matrice, on le fixera par un lacs, pour l'empêcher de se retirer, et l'on ira chercher l'autre pied suivant §. 294.

§. 337. *Pour placer le lacs*, on fixe le pied dans l'orifice de la matrice avec les deux doigts qui l'ont fait descendre; on adapte le lacs en forme d'une anse sur le bout des doigts réunis de l'autre main, et, après avoir introduit jusqu'au pied ces doigts couverts du lacs, on le saisit par son extrémité; puis, la première main étant retirée, l'on insinue l'anse par-dessus le pied aux malléoles, et la main retirée serre l'anse, en tirant sur le lacs. On peut encore en pareil cas, quoique ce procédé soit peu recommandable, appliquer le lacs à l'un des pieds avant son avancement dans l'orifice. Pour cet effet on fixe l'anse du lacs au bout d'une petite baguette propre à cela; on la dirige, en suivant le bras introduit, dans la matrice jusqu'au bout des doigts, ceux-ci reçoivent l'anse et l'on retire la baguette.

§. 338. La seconde manière d'opérer la version par les pieds peut encore s'exécuter dans les cas où l'enfant présente également la face postérieure du tronc, mais surtout la face anté-

rieure de manière que *les genoux sont pliés* et les talons appliqués sur les fesses.

Pour lors on repousse l'enfant, sans lui presser le bas-ventre, autant que possible vers le côté de la femme dans lequel se trouve la tête; et, conduisant ensuite la main, le long de la partie que présente l'enfant aux fesses, ou aux parties sexuelles, et de là aux pieds, en parcourant les cuisses et les jambes, on saisit, par devant, les malléoles avec l'index, le doigt majeur et l'annulaire; on place le pouce dessous le bassin de l'enfant, et le repoussant du côté de la tête, on entraîne les pieds, en les pliant selon leurs articulations.

Quand on ne peut trouver et amener aisément qu'un pied, on pourra, dans une telle position de l'enfant, laisser l'autre, terminer l'accouchement par un pied et à moitié comme accouchement par les fesses. (§. 294.)

§. 339. Enfin on peut encore exécuter un troisième procédé dans les cas où l'enfant présente un côté, une épaule ou un bras tellement que le dos est tourné en arrière de la femme et que les pieds, couchés sur le ventre, sont situés en-avant. Pour lors on dirige la main, sa face dorsale tournée contre la règle vers l'enfant, en arrière des pubis, aux parties sexuelles et de là aux malléoles de l'enfant; on prend ceux-ci de l'index, du doigt majeur et de l'annu-

laire, et, ayant relevé avec le pouce l'enfant, on tire à soi les pieds.

§. 340. Si l'un des bras est engagé dans l'orifice et le vagin, et s'il est tuméfié ou fortement gonflé, l'on appliquera à sa main le lacs, au moyen duquel, après avoir tourné l'enfant, on fera descendre le bras le long du corps. Mais quand le bras n'est pas très volumineux, ni le bassin trop étroit, la sage-femme, sans se mettre en peine du bras, exécutera la version, selon la circonstance, comme il est dit plus haut, et dans ce cas le bras se relève le long du côté de la tête.

§. 341. La version étant faite, c'est-à-dire quand les pieds sont avancés dans le vagin, on abandonnera le travail à la nature, si d'autres circonstances ne nécessitent pas d'accélerer l'accouchement par les secours de l'art; telles sont p. é. à l'égard de la mère: l'hémorrhagie, les évanouissemens, l'inertie de l'utérus; et de la part de l'enfant: des indices d'asphyxie, prolapsus du cordon ombilical etc. Mais lorsque l'accéleration de l'accouchement devient indispensable, ou, qu'en amenant les pieds, l'enfant n'auroit pas été placé dans une situation favorable; l'on se conduira totalement comme dans l'accouchement par les pieds. (§. 286 — 295.)

§. 342. La sage-femme n'entreprendra *la version de l'enfant par la tête* que lorsque celle-ci sera située près de l'orifice de la matrice;

conséquemment quand l'une ou l'autre face du cou, ou de la partie supérieure de la poitrine, se présente. Elle observera encore absolument de ne procéder à cette opération, que lorsqu'après avoir retourné l'enfant, elle aura la certitude qu'elle peut, sans risque, confier le reste du travail aux efforts de la nature; c'est-à-dire, de n'y procéder que quand d'ailleurs toutes les conditions d'un accouchement facile sont remplies et principalement les contractions de la matrice bien établies. Cette manière de tourner l'enfant n'étant pas très dangereuse ni douloureuse pour la mère et l'enfant, on doit toujours la préférer en pareil cas à la version par les pieds.

§. 343. On peut également exécuter cette opération, soit sur le lit de travail, soit sur le petit lit. Quand la tête est située sur l'os des îles gauche, on fait pénétrer la main droite, si elle est couchée sur l'ilion droit, c'est la gauche, graissée et les doigts réunis qu'on introduira par le vagin et l'orifice de la matrice; on repousse l'enfant autant que possible du côté où sont ses pieds, puis en avançant la main, le dedans tourné contre l'enfant, à la symphyse sacro-iliaque la plus proche de la tête, on la glisse entre la tête et l'os des îles, tellement que le bout des doigts soit placé au plus haut possible du sommet, et l'on fait descendre la tête, après avoir éloigné avec le pouce la partie qui se présente. On doit amener la tête dans une position

occipito-cotyloïdienne, et tâcher de bien faire descendre l'occiput.

CHAPITRE X.

Des accouchemens difficiles, qui procèdent de maladies, ou de vices du fœtus, ou de ceux de ses annexes.

§. 344. Indépendamment de ce que l'accouchement peut devenir difficile par la mauvaise situation de l'enfant, diverses maladies, des vices et d'autres circonstances tant de la part de la mère que de l'enfant peuvent encore l'aggraver. Nous commencerons par les obstacles qui proviennent de l'enfant et de ses annexes.

§. 345. Les vices les plus ordinaires qui, de la part de l'enfant, portent le plus souvent obstacle à l'accouchement sont: quand la tête est trop volumineuse, ou les épaules trop larges; de plus, les cas de monstruosité, d'hydropisie, de convulsions. Ses dépendances, qui toutes peuvent être viciées, compliquent encore le travail d'enfantement, quand p. é. les membranes sont trop fortes ou trop foibles, les eaux de l'amnios trop ou trop peu abondantes; lorsque le cordon ombilical est trop long, ou trop court; que le placenta est trop fortement ou pas assez attaché à la matrice, ou l'orsqu'il est implanté sur l'orifice de ce viscère.

§. 346. On distingue *le trop grand volume absolu de la tête* d'avec *le relatif.* La tête absolument trop grande est celle, dont les diamètres sont plus grands que ceux de la tête de grandeur ordinaire d'un enfant à terme. La tête relativement trop grande est celle, dont le volume, quoique pas plus grand qu'il ne doit l'être, cependant à cause de l'ossification des sutures et des fontanelles, ne se prête à aucune compression pendant l'accouchement.

Le trop grand volume de la tête met obstacle à l'accouchement, soit en empêchant totalement son entrée au détroit abdominal, soit en *s'enclavant* dans l'un des détroits, ou dans la cavité pelvienne: c'est-à-dire, que la tête est tellement comprimée dans le bassin que, ne pouvant avancer davantage, malgré les plus grands efforts de la nature, elle devient immobile.

La tête absolument trop grande est reconnoissable durant l'accouchement aux bords fortement croisés des os du crâne, à la réduction qu'éprouvent les fontanelles, et aux gros plis qui se forment le long des sutures. La tête relativement trop grande est remarquable, au toucher, par l'absence des sutures et des fontanelles ainsi que de leurs plis.

Il peut arriver aussi que la tête reste dans les parties génitales, à la suite de la *décroncation*, occasionnée par un procédé brusque et in-

considéré de la sage-femme après l'extraction du tronc.

§. 347. Les épaules larges apportent souvent des difficultés dans l'accouchement, surtout quand elles ne traversent pas les diamètres convenables, parce qu'elles franchissent avec beaucoup de peine le bassin. On peut présumer que ces parties éprouvent des obstacles à s'engager au détroit supérieur, lorsque dans un accouchement, du reste régulier, la tête après avoir passé facilement le détroit supérieur, s'arrête à l'inférieur, sans cependant être enclavée. On reconnoit la difficulté que les épaules éprouvent au détroit inférieur, lorsqu' après la sortie de la tête, elles résistent, sans avancer, à tous les efforts du travail.

Dans des cas rares où l'enfant auroit déjà été putréfié depuis longtems, *le décollement* de l'enfant pourroit bien devenir la suite d'une traction inconsidérée sur la tête déjà née.

§. 348. L*a monstruosité* n'aggrave l'accouchement que lorsqu'elle augmente le volume du fœtus, et rend conséquemment plus difficile sa marche par les parties de la génération; comme dans les cas de jumeaux adhérens entre eux, d'un enfant à deux têtes, ou qui a plus de 4 extrémités etc.; quoiqu'on ait des exemples que ces monstruosités peuvent naître sans le secours de l'art.

§. 349. Quant aux *hydropisies* du fœtus, on en distingue deux principales, qui peuvent rendre l'accouchement difficile: celle *de la tête* et celle *du bas-ventre*. L'une et l'autre sont un amas maladif d'un fluïde lymphatique, dont ces cavités sont affectées.

§. 350. L'hydropisie de la tête, ou *l'hydrocéphale*, est remarquable dans l'accouchement par l'élargissement considérable des sutures, et la grosseur des fontanelles; par les os du crâne, souvent fort minces, et pour cette raison très foibles; comme aussi par le manque assez fréquent des cheveux de la tête. Quand la tête hydropique crève, ce qui est très rare, ou si la maladie est peu avancée, dans l'un et l'autre de ces cas, elle ne complique plus essentiellement le travail d'enfant. Mais quand la tête a acquis une grosseur considérable, elle s'enclave, ou bien elle ne peut pas entrer dans le bassin.

§. 351. *L'hydropisie du bas-ventre*, plus rare que l'hydrocéphale, met obstacle au passage du corps, lorsque l'enfant est né par la tête, ou par les pieds, jusqu'au ventre.

§. 352. *Les convulsions*: mouvemens irréguliers et involontaires des membres, et parfois de tout le corps de l'enfant, sont très difficiles à connoître avant la naissance de quelqu'une de ses parties. Les convulsions sont assez fréquentes dans les accouchemens par les pieds,

quand la tête ne succède que lentement; surtout lorsqu'on tire inconsidérément sur l'enfant. Elles rendent l'accouchement difficile, vu qu'on est obligé de recourir à l'art à cause du danger qui menace l'enfant.

§. 353. *Les membranes* peuvent avoir ou trop ou trop-peu de densité. L'on connoit qu'elles sont *trop fortes*, lorsque l'orifice de la matrice étant convenablement ouvert, c. a. d. à trois ou quatre travers de doigts, les douleurs, quoiqu'en pleine activité, ne peuvent effectuer la rupture de la poche; ce qui rend l'accouchement difficile en empêchant la tête de s'engager. La poche s'alonge, elle passe peu-à-peu par le vagin dans le pudendum, et même le dépasse; et si elle tarde à se rompre, il en résulte, ou que le placenta est forcé de se détacher, et que l'œuf vient à naître en entier avec une perte de sang considérable; ou qu'un renversement de la matrice, si le placenta ne se décolle pas, en est la suite.

§. 354. Quand *les membranes* sont *trop foibles*, elles se rompent trop-tôt, c. a. d. avant que l'orifice de la matrice soit suffisamment dilaté, et les eaux s'écoulent de trop bonne heure. Il s'en suit, qu'au lieu de la poche, c'est la tête qui est obligée de dilater cet orifice, ce qu'elle exécute toujours avec beaucoup plus de peine et de lenteur. Les membranes foibles sont pour l'ordinaire pourvues de beaucoup d'eaux; mais

lorsque cela n'a pas lieu, et que l'accouchement se prolonge, les parties génitales deviennent séches, et rendent conséquemment la sortie de l'enfant plus difficile.

§. 355. *Les eaux de l'amnios* peuvent être *trop ou trop-peu abondantes.* Dans le premier cas elles dilatent trop l'utérus, ce qui occasionne souvent son inertie pendant l'accouchement; souvent aussi la pression causée par les eaux fait rompre trop-tôt la poche, d'où procède pour lors le desavantage indiqué §. 354; et si, au contraire, les eaux ne s'écoulent pas assez-tôt, la tête trouve quelquefois de la difficulté à se présenter sur l'orifice utérin; enfin une trop grande masse d'eaux pourroit bien quelquefois être la cause d'une mauvaise situation du fœtus. On reconnoit cette surabondance d'eaux à la grandeur du volume et à la mollesse de la matrice, comme aussi à la mobilité de la partie de l'enfant qui s'offre. Il importe que la sage-femme sache bien distinguer l'écoulement des vraies et celui des fausses eaux (§. 37.), qui, bien que rarement, sont encore présentes à la fin de la grossesse. L'accouchement succède toujours immédiatement à l'écoulement des premières, non pas à celui des fausses eaux qui peuvent s'écouler durant la grossesse, sans produire aucun changement dans l'utérus.

§. 156. Une *trop petite quantité d'eaux* occasionne souvent une grossesse douloureuse. Durant l'accouchement elle laisse la poche petite et flasque, de sorte que celle-ci n'entr'ouvre que lentement l'orifice de la matrice. La poche se rompt ordinairement fort tard et les organes génitaux deviennent secs, si le travail dure longtems. Trop peu d'eaux enfin donne peut-être lieu à des difformités du fœtus et à l'avortement.

§. 357. *Le cordon ombilical* peut être trop court, ou trop long. *Trop court* il met obstacle à la sortie de l'enfant, quand celui-ci est assez avancé pour tendre le cordon. Cet état occasionne nécessairement, soit un décollement forcé du placenta, soit la rupture du cordon, ou un renversement de la matrice. On peut conclure avec assez de probabilité de la briéveté du cordon, lorsque, malgré une bonne proportion entre la mère et l'enfant, malgré un grand travail et une situation favorable de l'enfant, l'accouchement n'avance pas; l'orsqu'après chaque douleur la tête recule plus qu'à l'ordinaire, que la femme éprouve de violentes douleurs à l'endroit où communément est attaché le placenta, et que, dans l'intervalle des douleurs, il se fait un écoulement de sang. Dans l'accouchement par les pieds la tension du cordon est sensible au toucher.

§. 358. Quand *le cordon* est *trop long* il

peut s'entortiller sur une partie de l'enfant; il peut sortir hors de l'orifice utérin (prolapsus du cordon), ou former des anses et des nœuds dans la matrice.

Le cordon peut *s'entortiller* sur chaque partie du fœtus, le plus fréquemment c'est sur le cou qu'il forme un ou plusieurs tours. Néanmoins l'accouchement n'en souffre pas d'obstacle si le cordon est assez long; mais quand il se raccourcit trop, il en résulte l'étranglement du cou, et en outre les mêmes inconvéniens pour l'accouchement, que ceux qui sont la suite d'un cordon trop court par lui-même (§. 357.). C'est encore par les indices de la briéveté du cordon qu'on peut présumer l'entortillement du cordon autour du cou, dont on ne peut toutefois s'assurer qu'après la naissance de la tête.

Le prolapsus du cordon est l'accident où le cordon tombe hors de l'orifice utérin, en avant ou avec la partie qui s'offre de l'enfant, pour lequel ce prolapsus, par la compression du cordon qui en résulte, est très périlleux. On le reconnoit déjà au toucher à travers la poche relâchée, ou au moins toujours aisément après l'évacuation des eaux.

Les anses s'ouvrent à mesure que l'enfant avance et n'aggravent pas le travail. Les *nœuds* au contraire, si pendant les progrès de l'accouchement ils se resserrent, peuvent devenir dan-

gereux pour l'enfant. Ces deux cas sont fort rares et impossibles à reconnoître pendant le travail.

§. 359. *Le placenta se sépare trop-tôt* de la matrice, quand cela arrive avant la naissance de l'enfant. Il en résulte toujours, principalement dans l'intervalle des douleurs, un écoulement de sang plus ou moins considérable, selon que le placenta s'est détaché en totalité ou en partie; c'est aussi ce qui en même tems fait connoître cet accident. Cette perte est toujours accompagnée de danger pour la mère et l'enfant.

§, 360. *La trop grande adhérence du placenta à l'utérus*, au point qu'elle puisse résister aux efforts utérins, est très rare. On peut s'en assurer, quand, après l'expulsion du fœtus, la matrice se contracte souvent et régulièrement, sans que le placenta tombe sur l'orifice de ce viscère, ni par conséquent devienne remarquable au toucher dans cet endroit; lorsque le fond de la matrice est encore volumineux; qu'il ne se fait que peu ou point d'écoulement de sang, et que la femme sent des douleurs dans la partie ou le placenta est implanté.

Néanmoins le placenta peut être détaché en partie, et pour lors on ne sent que son bord sur l'orifice de la matrice, ou même l'on n'en sent rien du tout. Toutefois cet état occasionne toujours une perte.

§. 361. Mais quand malheureusement *le placenta est implanté sur l'orifice de la matrice*, ce qui peut avoir lieu en tout ou en partie, la vie de la mère et de l'enfant est en danger éminent par l'hémorrhagie, qui paroît dès que l'orifice commence à s'ouvrir, et qui augmente à mesure qu'il se dilate. L'implantation complète s'annonce par les indices suivans. La femme est sujette, sans causes particulières, à des pertes légères qui, en observant une parfaite tranquillité, cessent bientôt d'elles mêmes, mais qui deviennent plus fréquentes et plus abondantes vers la fin de la grossesse. A cette époque on sent à travers le fond du vagin, au lieu de la partie de l'enfant qui se présente, un corps mou sur l'orifice de la matrice, et quand celui-ci est entr'ouvert, on reconnoit à sa mollesse spongieuse le placenta. Le premier travail amène les pertes, que chaque douleur augmente, et qui durent constamment; il ne se forme point de poche, mais on trouve le placenta dans l'orifice de la matrice; la femme devient pâle et très foible etc.; les douleurs diminuent et cessent enfin totalement; des syncopes et des convulsions saisissent la femme et sans de bons secours la mort leur succède. Les cas seroient fort rares, où, en abandonnant l'accouchement à la nature, le placenta se détacheroit dans un si court espace de tems et naîtroit avant l'enfant, sans qu'au-paravant l'hémorrhagie n'occasionnât un épuisement total à la femme.

Quand le placenta n'est implanté qu'en partie sur l'orifice de la matrice, l'hémorrhagie et les dangers sont de moindre conséquence en raison du peu de surface qu'il présente.

CHAPITRE XI.

Des secours qu'on doit donner dans les accouchemens difficiles pour causes de maladies, ou de mauvaise conformation du fœtus et de ses annexes.

§. 362. Quand *la tête* est *absolument ou relativement trop grande*, quand elle est enclavée et quand elle ne peut s'engager dans le bassin; la présence de l'accoucheur devient toujours nécessaire: le plus souvent pour l'application du forceps. La sage-femme se pressera donc de le faire venir dès qu'elle remarquera que les circonstances l'exigent, et avant qu'elles empirent par l'attente. Le secours de l'accoucheur devient plus pressant encore, lorsqu'après la sortie du tronc, la tête, à cause de son trop grand volume, ne peut être développée par les mains; vu que dans ce cas l'enfant peut perdre la vie au bout de quelques instans. On ne sauroit trop recommander aux sage-femmes de ne point tirer sur le tronc tant qu'elle n'est pas sure de la mort de l'enfant; parceque la distension du cou devient presque toujours mortelle.

§. 363. La sage-femme auroit-elle, par suite d'un tiraillement inconsidéré, *arraché le tronc* d'un enfant déjà putréfié, et laissé la tête dans les parties génitales; elle procédéra avec beaucoup de précaution, pour ne pas aggraver sa grande faute et amener peut-être du danger. Si, par la détroncation, la tête n'a pas été amenée et enclavée dans le bassin, on doit avant tout donner du relâche et du repos à la femme, et, suivant les circonstances, lui faire prendre un bouillon, ou quelque boisson calmante; puis on ira chercher la tête en la saisissant du pouce dessous le menton, et de l'index et du doigt majeur par les orbites, de manière que son plus grand diamètre réponde à l'axe du bassin; et on l'entraînera, la face la première et le menton dessous l'arcade pubienne, en exécutant des tours de spirale. Mais quand la tête est, ou enclavée, ou trop grosse pour pouvoir en faire l'extraction de cette manière, la présence de l'accoucheur est toujours nécessaire.

§. 364. Nul danger ne pouvant naître pour la mère, ou pour l'enfant, quand les épaules s'arrêtent au détroit supérieur du bassin, la sage-femme peut confier quelque tems l'accouchement à la vigueur du travail; mais quand celui-ci ne suffit pas, il faut appeler l'accoucheur. Si au contraire, après la sortie de la tête, les épaules rencontrent des obstacles au détroit inférieur, on ne doit plus s'en remettre longtems aux ef-

forts de la nature. On tirera donc par l'un des indicateurs, introduit en forme de crochet, sur l'aisselle la plus proche du périnée, en repoussant d'abord de l'autre index l'épaule située sous l'arcade pubienne; si cela n'est pas suffisant, on insinuera encore le second indicateur dans l'autre aisselle, et l'on tirera à soi les deux épaules, mais toujours en sorte que l'inférieure se dégage la première. Jamais on ne tirera sur la tête ni sur le cou.

§. 365. Si cependant l'on avoit, par maladresse, *décollé* un enfant mort (§. 347.) tellement que le tronc soit resté dans l'utérus; on se conduira, après avoir donné du relâche à la femme, de la manière indiquée §. 364. attendu que les épaules se trouveront toujours dans l'excavation du bassin. Se trouvent elles situées plus haut, ou sont elles faciles à repousser, on peut retourner l'enfant et l'amener par les pieds.

§. 366. L'orsqu'une *monstruosité* rend l'accouchement difficile, la sage-femme fera toujours appeler l'accoucheur.

§. 367. Ce même secours est encore nécessaire, lorsque *l'hydrocéphale* rend l'accouchement impossible par les seules forces de la nature.

Il en est de même de *l'hydropisie du bas-ventre:* et quoique dans les trois derniers cas désignés l'enfant ne survivra que peu ou point à sa naissance, on ne doit point différer de faire venir l'accoucheur.

§. 368. Les *convulsions de l'enfant*, aussitôt qu'on les remarque, exigent toujours d'accélérer l'accouchement, conséquemment de tirer avec grande précaution sur les pieds, quand ils se présentent; et d'appliquer le forceps, par les mains de l'accoucheur, quand c'est la tête qui s'offre.

§. 369. Si *les membranes sont trop fortes* il faut les rompre par l'art, pourvu que l'orifice de la matrice soit suffisamment ouvert et que les contractions utérines soyent bien établies. On exécute cette rupture en prenant, dans l'intervalle des douleurs et pendant que la poche est relâchée, les membranes entre le bout du pouce et de l'index, avec lesquels on les ouvre à coup d'ongles; ou bien, quand la poche des eaux est très tendue, en y enfonçant le bout de l'index pendant les douleurs; ou enfin on perce les membranes en les raclant du bout de l'ongle. Néanmoins avec tous ces moyens on ne parvient pas toujours à son but quand les membranes sont un peu fortes; et pour lors on est obligé de percer la poche au moyen d'une aiguille à tricoter, ou préférablement de la pointe d'une paire de ciseaux *) construite pour cet usage, qu'on introduit soigneusement dans le vagin le

*) Les ciseaux de l'invention de Mr. de Siebold pour la section du cordon ombilical, qui sont courbés suivant l'axe du bassin et pourvus d'un crochet pour rompre la poche des eaux.

long de deux doigts avancés jusqu'aux membranes. On fera surtout attention de ne pas prendre une partie de l'enfant, ou de l'utérus, pour la poche des eaux; ni de causer de la douleur à la mère ou à l'enfant; comme aussi d'introduire et de retirer l'instrument avec une précaution particulière.

§. 370. Lorsque les signes d'une grande quantité d'eaux de l'amnios (§. 355.) autorisent à présumer de la *foiblesse des membranes*, on s'abstiendra de tout ce qui en peut provoquer la rupture: comme du toucher trop fréquent, de mouvemens trop rudes, de marches inutiles etc. Mais quand les eaux sont effectivement écoulées trop-tôt, on ne se pressera pas trop avec les secours de l'art, qu'on n'employera que dès qu'ils seront nécessaires. Ils consistent dans la dilatation par la main de l'orifice de la matrice et dans l'humectation des parties génitales. Si l'orifice est dur, roidi, peut-être même affecté de contractions spasmodiques; on peut, pour amollir l'orifice et pour humecter le vagin, employer avec succès les demi-bains chauds, les fumigations humides, les injections de lait, ou de décoctions mucilagineuses, telles que de graine de lin, de guimauve etc. auxquelles on peut ajouter la tête de pavot; ou bien on peut introduire ces fluides au moyen d'une éponge. Quand les organes génitaux sont fort secs, on peut encore employer utilement les corps gras. Pour effectuer la dila-

tation de l'orifice utérin, on procéde suivant §. 332. dans le cas ou il n'est que très peu ouvert; mais quand il est en quelque sorte dilaté, l'on appuye sur son bord le bout des doigts qu'on y a introduits, et pendant les douleurs l'on tâche de le repousser doucement et sans lui faire éprouver une trop forte pression, en arrière de la partie que présente l'enfant.

§. 371. On doit toujours s'attendre à une progression lente de l'accouchement *quand les eaux sont en trop grande quantité.* Si elles s'écoulent de trop bonne-heure, et que les parties génitales deviennent séches, on les humectera de la manière indiquée §. 370. Mais lorsqu'une trop grande extension de la matrice en occasionne l'inaction, on se conduira comme il sera dit (§. 423.) à l'égard de l'atonie de l'utérus.

§. 372. Si *les eaux sont en trop petite quantité*, on doit, en cas de besoin, dilater l'orifice de la matrice, et humecter les parties génitales en se comportant suivant §. 370.

§. 373. La sage-femme sera très attentive à la marche de l'accouchement, lorsqu'en présumant *le cordon trop court*, c'est la tête qui se présente. Dans ce cas elle fera venir l'accoucheur sitôt qu'il sera nécessaire d'accélérer l'enfantement, ou qu'elle verra qu'il ne puisse pas s'effectuer par les seules forces de la nature, du

moins pas sans danger. Mais si c'est un accouchement où se présentent les pieds, la sage-femme pourra l'accélerer en tirant sur ceux-ci, en liant et coupant le cordon aussi-tôt que le ventre sera dégagé, et elle terminera ensuite le travail le plus promptement possible.

§. 374. Si *le cordon est entortillé autour du cou* quand la tête se présente, et si par cette raison il devient trop court, ce qui au reste est rare, on se comportera entièrement, quant aux secours, de la manière indiquée (§. 373.) à l'égard de la briéveté du cordon, jusqu'a ce que la tête soit sortie. On fait alors deux ligatures sur le cordon, et le coupant ensuite, on termine l'accouchement. Mais lorsqu'on n'auroit pas le tems de lier le cordon, on en fera la section et fera, pour empêcher l'hémorrhagie, serrer par une aide ses deux bouts, ou tout au moins celui qui aboutit à l'enfant et qui est reconnoissable par sa pulsation. Quand on n'aura point d'aide, on se hâtera au moins de pincer entre les ongles les deux bouts du cordon. Lorsqu'au contraire le cordon ne s'est pas trop accourci par l'entortillement, on doit, immédiatement après la sortie de la tête, dégager le col du cordon, en tirant celui-ci par la partie qui cède, jusqu'a ce qu'il forme une anse, par laquelle on fait passer la tête.

Si le cordon passe entre les cuisses de l'enfant, on procédera ainsi qu'il est indiqué §. 286.

Mais quand cela ne sera pas praticable, à cause de la briéveté du cordon, on se conduira comme dans le cas où il est contourné sur le cou.

§. 375. *Le prolapsus du cordon ombilical*, toujours menaçant pour la vie de l'enfant, exige de prompts secours, soit par la répulsion du cordon, soit par une terminaison prompte de l'accouchement. Si la tête, ou telle autre partie qui se présente, est encore mobile; l'on saisira, de l'index et du doigt majeur, la portion échappée du cordon, qu'on repoussera aussi haut que possible au même lieu d'où il est tombé, en écartant un peu avec le pouce, ou la paume de la main, en même tems la tête vers le côté opposé; puis on retient le cordon jusqu'à ce que la tête soit descendue dans le bassin, et que le cordon ne puisse plus retomber. Ou bien on peut empêcher une rechute par l'application entre la tête et le bassin, d'une éponge très fine, trempée dans l'eau tiède, ou dans quelqu'autre fluide mucilagineux.

Lorsque la répulsion du cordon ne sera plus praticable, la sage-femme sera obligée, quand la tête se présente, de demander le secours de l'accoucheur; si non, de terminer elle même l'accouchement par l'extraction. Il n'est pas rare qu'avec le prolapsus du cordon l'enfant se présente dans une position irrégulière et difficile; et pour lors on doit par deux raisons procéder à la version par les pieds.

Les anses et *les nœuds* au cordon ne sont pas remarquables avant la naissance de l'enfant; mais quand ils compliquent le travail on est obligé d'avoir recours aux moyens désignés §. 373.

§. 376. Quand *le placenta s'est détaché trop-tôt*, on ne doit abandonner l'accouchement à la nature, que lorsqu'on voit qu'il s'achemine avec activité et qu'il sera bientôt terminé; si non, on l'avancera par le concours de l'art.

§. 377. Dans le cas très rare, et non moins important, où *toute la surface du placenta est trop adhérente à l'utérus*, la sage-femme fera venir aussitôt l'accoucheur. Mais lorsqu'étant décollé en partie, de sorte que ce corps ne reste *trop adhérent* que par une petite portion, la sage-femme pourra sans hésiter le détacher entièrement et l'extraire, afin de traiter convenablement la perte si elle continue encore. Elle glissera, pendant la remise des douleurs, la main en forme conique le long du cordon dans l'utérus et au placenta, et opèrera la séparation des parties adhérentes en promenant la main à plat, le dessus tourné vers l'utérus, entre celui-ci et le placenta, tandis que de l'autre main elle tire légérement sur le cordon; puis on achève la délivrance comme à l'ordinaire, et l'on traite la perte comme il sera dit §. 489. et suivans.

Si le cordon est rompu on reconnoit, par la main introduite, le placenta à son insensibilité,

aux rayons vasculaires de sa face interne, aux membranes qui y sont adhérentes, à sa mollesse, et à la portion du cordon qui peut être restée au placenta.

§. 378. *L'implantation du placenta sur l'orifice de la matrice* est encore une circonstance où la sage-femme doit, sans différer, faire venir l'accoucheur, s'il n'est pas très éloigné; et en attendant étendre la femme horizontalement dans son lit, lui procurer un grand repos, l'empêcher de faire valoir ses douleurs, s'abstenir de la toucher inutilement. Néanmoins si l'arrivée de l'accoucheur devoit tarder longtems, ou la perte augmenter considérablement pendant cette attente; la sage-femme portera incontinent elle-même du secours, en décollant la moitié du placenta, en tournant le fætus sur les pieds et en terminant l'accouchement par l'extraction.

La femme étant dans ce but placée sans délai sur le petit lit, on introduit, selon qu'on présume, par les recherches externes, les pieds situés vers l'un ou l'autre côté, l'une des mains à l'orifice utérin. Mais, à cause du décollement du placenta, on insinuera dans ce cas, contre la règle commune, la main droite dans le côté droit de la matrice, ou la gauche dans le côté gauche. Si l'orifice n'a pas assez d'ouverture, il faut le dilater par le manuel de l'art (§. 369.); puis on glisse le bout des doigts, le dessus tourné

vers le placenta, au côté où l'on croit situés les pieds, entre l'orifice et le placenta; et par des mouvemens ménagés en avant et en arrière on pénétre peu-à-peu en avant, jusqu'à ce qu'une moitié du placenta soit décollée. Après avoir rompu la poche selon la règle de l'art, on cherche les pieds, on opère la version et l'on termine l'accouchement. En cas que le placenta ne succède pas incessament à l'enfant, on le détache aussitôt complètement et l'on en fait l'extraction.

Indépendamment d'autres inconvéniens, le procédé de percer le placenta avec la main pour chercher les pieds, est particulièrement à rejeter, parceque la rupture des grands vaisseaux du placenta, expose la vie de l'enfant aux plus éminens dangers.

CHAPITRE XII.

Des accouchemens difficiles pour causes de maladies ou de défauts de la femme.

§. 379. Cette espéce d'accouchemens demande une attention particulière, parceque les causes, qui proviennent de la femme, peuvent aggraver subitement, et d'une manière inattendue, même l'accouchement qui paroit prendre la marche la plus favorable. On divise ces causes en *générales*, qui peuvent concerner plusieurs parties du corps de la femme, et en *locales*, qui n'ap-

paroissent qu'aux parties de la génération. Les causes générales comprennent : une *foiblesse générale du sujet*, les *évanouissemens*, les *convulsions*, une *respiration pénible*, les *hémorrhagies*, des *douleurs aigues*, de *violens vomissemens*, les *varices*, les *hernies*.

§. 380. La *foiblesse générale* peut être innée, ou bien elle peut avoir pris naissance avant ou pendant la grossesse, ou enfin procéder de l'accouchement lui-même. Un extérieur blême et maladif de la femme dénote le premier de ces cas, mais dans aucun elle ne peut faire valoir ses douleurs, sans qu'aumoins un épuisement total ne s'ensuive : ce qui rend l'accouchement plus pénible.

§. 381. Les *évanouissemens* sont pour l'ordinaire l'effet d'une très grande foiblesse générale, plus rarement celui de douleurs, ou d'efforts violens. Ils arrêtent presque toujours le travail, et plus ces évanouissemens se succèdent de près, et durent longtems, plus ils sont graves et deviennent surtout très dangereux, quand ils sont occasionnés par des pertes, ou des lésions.

§. 382. Les *convulsions* (§. 352.) sont moins à craindre lorsqu'elles ne sont pas très fortes, et que la femme a été sujette à ce mal déjà avant l'accouchement. Les accidens convulsifs sont plus importans, quand ils n'arrivent que pendant l'accouchement, vu qu'ils interrompent le travail, et

amènent du danger pour la mère et l'enfant. Les indications qui annoncent les convulsions sont: lorsque la femme en travail est dans un état extraordinaire d'indifférence, lorsqu'elle se plaint de maux de tête, de tintement d'oreille, d'éblouissement, et qu'elle donne des réponses déplacées; elle soupire, baille, s'inquiète, s'agite; elle a le regard égaré, des mouvemens convulsifs au visage, avec grinsemens de dents etc.

§. 383. La *respiration gênée* peut procéder de diverses maladies de poitrine, d'un gros cou, ou d'un gros goître, de l'hydropisie du bas-ventre, d'une difformité corporelle, d'une surabondance de graisse etc. Une respiration embarrassée produit de grandes difficultés au travail des douleurs, même l'impossibilité de les faire valoir; de plus elle peut occasionner l'apoplexie et des hémorrhagies.

§. 384. Les *hémorrhagies par d'autres organes* que ceux de la génération, p. e. le saignement de nez, le crachement de sang etc., mettent obstacle à l'accouchement, parcequ'elles augmentent pendant le travail, affoiblissent la femme, retardent et ralentissent ou suppriment les contractions utérines.

§. 385. Les *douleurs aiguës*, telles que les douleurs des reins, les crampes dans l'utérus ou, ce qui n'est pas rare, dans les membres inférieurs, ainsi que tout autre genre de douleurs,

interrompent également les progrès de l'accouchement, et même font souvent craindre des convulsions.

§. 386. Le *vomissement* pendant la troisième, et surtout la quatrième période de l'accouchement, est une apparition ni rare, ni bien inquiétante; puisqu'il est ordinairement accompagné d'un travail vigoureux. Cependant le vomissement, quand il dure très longtems, peut épuiser les forces du sujet et, par là, nuire à l'accouchement.

§. 387. Les *varices* (§. 191.) exigent une grande attention, vu que, par l'activité du travail, elles augmentent, grossissent, se distendent et sont sujettes à se rompre; ce qui pour lors donne lieu à une hémorrhagie marquante et difficile à arrêter. Mais c'est surtout dans les parties sexuelles, et particulièrement dans le vagin, que la rupture des varices est dangereuse jusqu'a devenir mortelle.

§. 388. La *hernie* est le déplacement de quelques portions des intestins, qui sortent de leur cavité, en poussant en-avant les tégumens qui les entourent, et qui forment une tumeur plus ou moins grande à la surface du corps. Les hernies se manifestent ou par des ouvertures naturelles, telles que l'ombilic, l'anneau inguinal et l'arcade crurale, et alors on les appelle hernie *ombilicale*, *inguinale*, *crurale*; ou par des

passages non-naturels, par exemple du bas-ventre, du vagin, et pour lors on les nomme hernie *ventrale*, *vaginale*, etc.

On reconnoit la hernie à une tumeur molle, point douloureuse, de couleur naturelle de la peau, qui se forme le plus souvent subitement et qui sous l'impression de la main et dans la situation couchée diminue, ou disparoit tout-a-fait; tandis qu'elle augmente de bout, par l'effort de la toux et surtout par celui des douleurs d'enfantement. Heureusement la hernie inguinale et la crurale disparoissent presque toujours pendant la grossesse; l'ombilicale et l'abdominale, au contraire, augmentent dans cet état. La présence d'une hernie quelconque nécessite toujours dans l'accouchement le secours de l'art; parceque le travail la peut augmenter, souvent y occasionner de la douleur et de l'inflammation, et même *l'étrangler*. Ce dernier cas est très sérieux.

§. 389. Les causes locales dépendantes de la femme qui peuvent rendre l'accouchement difficile, sont principalement: *le trop peu ou trop de capacité, le trop ou trop peu d'inclinaison, les exostoses et les anchyloses du bassin; l'obliquité, l'anté-version et la rétro-version, le renversement, le prolapsus, l'inertie, les crampes, l'inflammation et la rupture de la matrice; la rigidité et l'imperforation de son orifice; le rétrécissement, l'imperforation, le prolapsus et la rupture du vagin.*

§. 390. Quand le *bassin est trop étroit*, (*angustie du bassin* §. 88.) la tête ne s'engage qu'avec peine dans le bassin, et elle s'enclave à l'endroit retréci, ou même ne peut point entrer dans le bassin. En ce dernier cas le ventre ne s'affaisse pas pendant la grossesse ni dans l'accouchement, et il est difficile d'atteindre l'orifice de la matrice et la partie que présente l'enfant.

§. 391. La *trop grande capacité du bassin* (§. 89.) rend la grossesse pénible par la pression qu'exerce la matrice et le fœtus sur la vessie, sur le rectum et les autres parties molles du bassin. L'inflammation de ces organes, des difficultés à lâcher l'urine, ou, au moins, une sensation incommode de pesanteur dans la région du bassin, en sont communément la suite.

Le bassin trop spacieux aggrave l'accouchement en ce que la marche en est ordinairement trop subite; ce qui peut facilement occasionner le prolapsus de la matrice et, par sa déplétion trop prompte, causer atonie et renversement de cet organe, des pertes et en général une délivrance difficile. La femme peut même être surprise par l'accouchement, au point de laisser tomber à terre son enfant.

§. 392. Le *trop peu d'inclinaison du bassin* (§. 86.) occasionne à la grossesse et à l'accouchement les mêmes dèsavantages que le bassin trop large (§. 391.); de manière que ces deux défauts,

sont d'autant plus à craindre, quand ils se réunissent ensemble.

§. 393. La *trop grande inclinaison du bassin* (§. 86.) produit aisément, durant la grossesse l'anté-version de l'utérus, et le ventre en besace, ainsi que l'incontinence de l'urine. Dans l'accouchement la partie qui se présente ne s'engage qu'avec peine dans le bassin, parceque le plus souvent elle s'appuye contre les pubis.

§. 394. Le *bassin oblique* (§. 90.) peut, quand ce vice est considérable, aggraver l'accouchement de la même manière que le bassin étroit.

Les *exostoses* retrécissent le bassin et occasionnent souvent des impressions au crâne de l'enfant. *L'anchylose* du coccix rend celui-ci immobile et peut, par cela, causer la fracture de cet os, quand le détroit périnéal est un peu étroit.

§. 395. *L'obliquité de l'utérus* est la situation dans laquelle son axe dévie de l'axe de tout le corps vers l'un ou l'autre côté. On distingue deux situations obliques : l'obliquité *contre la droite*, dans laquelle on sent le fond de l'utérus au côté droit de la femme, tandis que le côté gauche est plus vide, et que le col de la matrice est situé vers l'ilium gauche; et l'obliquité *à gauche*, dans laquelle le fond de l'utérus est situé à gauche, et son col à droite. L'orifice, dans

ces cas d'obliquités, ne se dilate que lentement, et avec peine, pendant l'accouchement; la poche est inégale et flasque; les eaux sont sujettes à s'écouler trop-tôt; l'enfant lui-même est quelquefois dans une situation oblique, et s'accroche au rebord du détroit abdominal. Les obliquités de l'utérus paroissent très souvent dans un moindre degré, et sont alors de peu de conséquence. L'obliquité parfaite est fort rare.

§. 396. *L'anté-version de l'utérus* est la situation irrégulière de cet organe, quand son axe se dévie en-avant. Le fond de la matrice se déjette et descend en-avant; son orifice se tourne vers le sacrum, en s'élevant très haut. L'anté-version incomplète est très fréquente, la complète très rare, et n'a guère lieu qu'au cinquième tems de l'accouchement, et après la délivrance. L'incomplète occasionne un ventre en besace, relâchement de ses tégumens, compression de la vessie, et pendant l'accouchement les mêmes inconvéniens que ceux qui sont la suite de l'obliquité de ce viscère.

§. 397. La *rétro-version* est la situation opposée à celle qu'on vient de décrire. Le fond de la matrice est tourné contre le sacrum, son orifice au contraire s'éléve très haut en arrière des pubis. La rétro-version peut seulement avoir lieu dans les 3 ou 4 premiers mois de la grossesse, mais elle peut alors provoquer diverses

incommodités, même l'avortement, comme il est dit §. 452.

§. 398. *L'intro-version*, ou le *renversement de l'utérus*, ne peut avoir lieu que pendant, ou peu de tems après la cinquième période de l'accouchement. C'est la situation contre nature de l'utérus non contracté, dans laquelle le fond de cet organe, en plongeant plus ou moins dans son orifice, descend dans le vagin, ce qui caractérise *l'intro-version incomplète :* ou bien il s'enfonce jusques dans la vulve, et alors elle est *complète.* Elle peut provenir d'une attitude trop perpendiculaire de la femme dans la quatrième période de l'accouchement, et surtout quand le bassin est trop large; d'un cordon trop court; d'une traction imprudente sur le placenta avant son décollement; du propre poids du fond de la matrice, en état d'atonie, après un accouchement précipité etc. On reconnoit le renversement incomplet au toucher d'un corps rond, duret, souvent fort sensible qui, sortant de l'orifice de la matrice, descend plus ou moins dans le vagin; et extérieurement on sent l'utérus comme un pavillon d'entonnoir. Le renversement complet est facile à reconnoître par ce qui en à été dit, surtout quand le placenta est encore adhérent à l'utérus, ce qui à l'ordinaire occasionne une perte de sang plus ou moins forte. Sans un prompt secours il survient facilement inflammation et gangrène de la matrice.

§. 399. Le *prolapsus*, ou la *descente de l'utérus*, c. a. d. une position de ce viscère plus ou moins enfoncée dans le bassin qu'à l'ordinaire, peut avoir lieu dans les trois premiers mois de la grossesse, comme aussi pendant et immédiatement après l'accouchement. L'amplitude du bassin, le relâchement des ligamens utérins et du vagin, un accouchement subit, et l'imprudence de la sage-femme peuvent causer cet accident. Il est important qu'on prévienne, par une assistance intelligente et soutenue, les conséquences fâcheuses que sans cela cet état peut amener pour l'accouchement, et même pour l'avenir.

§. 400. *L'inertie de l'utérus* consiste ou dans un état de relâchement et de foiblesse de cet organe, qu'on nomme *atonie* et qui peut provenir, soit de la fréquence, soit de la violence du travail, des accouchemens précédens, d'une trop grande extension de la matrice pendant la grossessse, ou de maladies de cet organe. Ou bien elle consiste, et particulièrement chez les femmes nerveuses, dans l'effet d'un spasme continu. Dans le premier cas le sujet n'éprouve que peu ou point de contractions de l'utérus, qui est mou et souvent point douloureux au toucher. Dans le second cas la matrice au contraire est constamment un peu dure et souffrante, malgré l'absence des douleurs d'enfantement.

L'atonie de la matrice mérite une attention particulière au cinquième tems de l'accouchement, à cause du retardement de la délivrance, des pertes, et de la disposition de la matrice à se renverser, ce qui tout en peut être la suite.

§. 401. Il est essentiel de distinguer l'état spasmodique ci-dessus nommé d'avec les *crampes de l'utérus*, lesquelles ne sont pas continues, mais sont intermittentes, fort douloureuses et interrompent le travail. Elles accompagnent fréquemment les douleurs de la première période de l'accouchement.

Les contractions déreglées de l'utérus peuvent encore au cinquième tems de l'accouchement compliquer la délivrance; notamment par des *contractions spasmodiques de l'orifice de la matrice*, et par le *chatonnement du placenta*. On dit que le placenta est chatonné ou *enkisté*, quand, par des contractions spasmodiques et locales de la matrice d'ailleurs inactive, il se trouve enfermé dans une petite cavité, laquelle n'est en rapport avec le reste de la cavité utérine que par une petite ouverture, qui donne passage au cordon. Tant que l'une ou l'autre de ces circonstances subsistent, l'expulsion des secondines ne peut avoir lieu. La dernière est communément accompagnée d'hémorrhagie.

§. 402. Un traitement inconvenable de la personne en couche, les violences, les efforts

immodérés, de même qu'un travail d'enfant ou trop long, ou précoce, et d'autres circonstances peuvent provoquer *l'inflammation de l'utérus*, à laquelle la pléthore, et une plus abondante affluence de sang vers cet organe, disposent fort souvent encore. On la reconnoît aux vives souffrances de la mère, qui durent même pendant les intervalles des douleurs de l'enfantement; en outre à l'extrême sensibilité du bas-ventre chaque fois qu'on le touche, à une plus grande chaleur de la matrice et des parties naturelles, comme aussi à la sécheresse de celles-ci; enfin à la rougeur du visage, la pulsation visible des artères etc. L'inflammation de la matrice réprime l'activité du travail.

§. 403. La *rupture de la matrice* pendant l'accouchement ne peut être occasionnée que par un travail très vigoureux, mais sans progrès; ou par des secours manuels trop violens. On la remarque par un bruit intérieur, par le reculement de la partie que l'enfant présente, par la cessation totale des douleurs, et souvent on sent par les parois abdominales les parties de l'enfant sorties de la matrice; la femme éprouve par une douleur aiguë que quelque chose s'est rompu dans son sein; de plus des anxietés, des pertes, hoquets, vomissemens, des convulsions et des syncopes surviennent, et souvent la mort succède de près.

§. 404. La *rigidité et l'imperforation* de *l'ori-*

fice de la matrice, le *retrécissement* et *l'imperforation du vagin* sont faciles à remarquer au toucher. Toutes ces circonstances rendent l'accouchement difficile, en empêchant le passage de la partie que présente l'enfant. Ces obstacles, bien qu'en partie ils puissent dater de la naissance de l'individu, procédent communément de lésions, ou de maladies, dont ces parties ont été affectées.

§. 405. Le *prolapsus*, ou la *descente*, du *vagin* forme en dedans, ou en dehors de la vulve, une petite tumeur ronde, au milieu de laquelle on trouve une petite ouverture, par où l'on pénètre au col de la matrice. Ce prolapsus peut aggraver l'expulsion de l'enfant, mais aussi très facilement descendre de plus en plus pendant l'accouchement. Il peut également avoir lieu avant, pendant et après la grossesse et l'enfantement.

§. 406. La *rupture* du *vagin* ne peut s'effectuer que dans le cas de retrécissement, ou par manque de dilatabilité de cet organe. Elle peut être plus ou moins grande, et occasionner des pertes différemment considérables. Elle peut surtout devenir dangereuse, quand le vagin est affecté de varices, dont la rupture produit aisément une hémorrhagie très grave, que l'on confond facilement avec des pertes de la matrice.

CHAPITRE XIII.

Des Secours qu'on doit donner dans les accouchemens difficiles pour cause de maladies, ou de défauts de la femme.

§. 407. La *foiblesse générale* de quelque cause qu'elle procède, mais particulièrement quand elle a pris naissance durant le travail, exige d'attendre avec patience le troisième tems de l'accouchement; de faire observer jusqu'à cette période le plus grand repos à la femme, et de l'empêcher totalement de faire valoir ses douleurs. Mais dès lors on tâchera de lui rendre des forces, et on lui laissera en ce cas travailler ses douleurs autant qu'elle le pourra, sans s'épuiser totalement. Dans ce but on lui donnera des soupes et des bouillons fortifians, peu à la fois mais souvent; de tems à autre une cuillerée de bon vin vieux; environ 20 goutes à la fois de la liqueur anodine de Hoffmann dans un peu d'eau. On peut également, pour ranimer les contractions utérines, frotter le fond de la matrice, et administrer de tems en tems un lavement d'infusion de camomille. Si tout cela ne suffit pas, la présence de l'accoucheur devient nécessaire, pour employer des moyens plus efficaces, ou pour terminer l'accouchement par le secours de l'art.

§. 408. Les *évanouissemens* et les *convulsions*, quand ils sont de quelqu' importance, deman-

dent encore une prompte assistance de l'accoucheur. Toutefois en attendant sa présence, ou bien dans les cas moins graves de ce genre, la sage-femme se comportera totalement d'après les §. 203. et 204.

§. 409. La *respiration pénible* pendant l'accouchement, et les *hémorrhagies par d'autres organes que ceux de la génération*, demandent beaucoup de prudence dans le traitement, si l'on veut prévenir des suites funestes. On ne pourra abandonner l'accouchement aux soins de la nature, que quand ces accidens ne sont pas très graves, et qu'au contraire le travail est vigoureux; néanmoins il est nécessaire que dans ce cas la femme s'abstienne autant que possible de travailler ses douleurs. Cependant quand l'un ou l'autre de ces accidens devient sérieux, on doit terminer l'accouchement par les secours de l'art, et administrer ensuite ceux de la médecine.

§. 410. Si les *douleurs violentes* qui tourmentent la femme proviennent des — soit disant — douleurs des reins, ou de contractions spasmodiques de l'utérus, on peut les calmer par de douces frictions soit de la main, ou avec une fine flanelle, et par l'application de linges chauds sur le bas-ventre; comme aussi par des fomentations d'une infusion de camomille, de lait pur, ou dans lequel on a bouilli des têtes de pavot; par des lavemens composés de ces fluides, et

des bains de vapeur. Si ces douleurs viennent de crampes dans les extrémités, les frictions de ces parties et, dans tous ces cas, les bains chauds sont également recommandables. Dans l'ordre naturel ces douleurs diminuent à mesure que le travail avance; mais si elles l'interrompent, la présence de l'accoucheur devient nécessaire.

§. 411. Contre les *vomissemens* on employe souvent avec succès une tasse de caffé à l'eau, un peu de bon vin vieux ou de liqueur de Hoffmann. Mais comme le vomissement dure ordinairement avec des intervalles plus ou moins tongs jusqu'après l'enfantement, il en faut néanmoins hâter la terminaison, si cette circonstance épuise trop la femme.

§. 412. On doit empêcher les *varices* de s'étendre davantage et surtout de crever. On y parvient par une suspension totale du travail, et en comprimant avec ménagement les veines variqueuses. On peut exécuter cette pression au moyen d'une compresse en plusieurs doubles, ou simplement avec le plat de la main d'une aide, lorsqu'il n'existe que des varices isolées. Mais quand toute l'extrèmité est variqueuse, on la doit envelopper depuis les orteils d'une large bande et la comprimer également, de manière cependant que la pression diminue un peu vers enhaut. Là, où de plus grosses varices apparoissent, on appliquera dessous la bande une com-

presse à plusieurs doubles. Toutefois cette pression générale n'est pas recommandable, lorsque les parties sexuelles sont implicitément affectées de varices.

Si malheureusement une veine variqueuse venoit à rompre, il faut, pendant qu'on fera promptement venir l'accoucheur, tamponner la rupture saignante, ou appliquer soit une ligature, ou une contrepression quelconque, au-dessous de cet endroit, si l'épanchement se fait dans l'une des extrémités; mais quand il survient au vagin, on tamponnera fortement celui-ci avec de la charpie, ou du lin, ou du linge usé humecté de vinaigre et d'eau, jusqu'à ce que la tête repousse ce tampon. Quand il s'agit d'un accouchement par les pieds, la sage-femme doit l'accélérer sans délai.

§. 413. Il importe que la *hernie* soit traitée soigneusement par le chirurgien, et qu'on la fasse rentrer pendant la grossesse. Cependant lorsque la hernie seroit présente dans l'accouchement, on doit, s'il est possible, la réduire, et resserrer attentivement pendant les douleurs, par une aide, l'ouverture par laquelle elle est rentrée, ou telle autre place qui précédemment a été affectée d'une hernie; ce que l'on exécute au moyen d'une pelote, ou d'une compresse, ou par l'application de la main. Quand on ne peut pas réduire la hernie, il faut également la sou-

tenir par une douce pression, pour empêcher qu'elle ne grossisse. Dans tous ces cas la femme ne doit point travailler ses douleurs, et si l'action seule de la matrice ne peut terminer dans peu de tems l'accouchement, il faut l'opérer par la main.

Quand à la hernie vaginale la sage-femme retiendra avec deux bouts de doigts la hernie réduite, jusqu'à ce que la tête de l'enfant ait avancé à la même place.

§. 414. Le *bassin trop étroit* dans lequel la tête ou ne peut s'engager, ou s'enclave en y entrant, exige toujours l'assistance de l'accoucheur.

§. 415. Lorsque le *bassin est trop spacieux*, la femme doit porter pendant sa grossesse un bandage du corps qui le soutienne. Dans l'accouchement la sage-femme éloignera tout ce qui en peut accélérer la marche, et avisera au contraire à tout ce qui peut la ralentir. Elle s'abstiendra donc du toucher inutile et de tout ce qui pourroit provoquer une plus forte contraction de l'utérus; elle ne laissera pas marcher la femme, mais la reposera en parfaite tranquillité horizontalement sur son lit, en l'exhortant à ne point faire valoir ses douleurs. Si la tête de l'enfant pousse l'orifice utérin en avant, on le retiendra au moyen de quelques doigts introduits dans le vagin et appliqués sur le bord de l'orifice.

§. 416. Le *bassin trop incliné* nécessite également à porter durant la grossesse un bandage du corps. Quand l'accouchement se déclare, la sage-femme s'empressera d'aller à la recherche de l'orifice de la matrice tourné ordinairement fort en arrière vers le sacrum, et souvent situé très haut; de le diriger, après y avoir insinué un ou deux doigts, peu-à-peu durant plusieurs douleurs au milieu du bassin, et de le fixer là pendant quelque tems. La femme sera couchée tout-a-fait horizontalement, et elle s'efforcera d'améliorer la mauvaise situation de son bassin en tâchant de relever les pubis contre la poitrine. Si la tête s'arrête sur les pubis, on tâchera, en laissant dabord la femme dans la position qu'on vient d'indiquer, ou assise si cela ne réussit pas dans cette première attitude, de la glisser dans la cavité du bassin par une pression du plat de la main appliquée extérieurement au-dessus des pubis. Quand plusieurs de ces tentatives auront été sans succès, on introduira dans la matrice, entre la tête de l'enfant et les pubis, quatre doigts, de sorte que la face palmaire réponde aux pubis; et l'on poussera la tête dans le bassin.

§. 417. Le *bassin trop peu incliné* demande complètement les mêmes secours dans l'accouchement, que ceux qui sont désignés (§. 415.) à l'égard du bassin trop spacieux.

§. 418. Le secours qu'on doit, s'il est nécessaire, prêter lorsque le *bassin* est *oblique* est celui que l'accoucheur donne dans le cas d'un bassin trop étroit. Il en est de même à l'égard de *l'exostose* et de *l'anchylose.*

§. 419. *L'obliquité de la matrice* dans un moindre degré ne demande ordinairement aucune assistance; mais elle devient nécessaire dans le cas d'une obliquité complète qui se présente rarement. Alors la femme fera valoir ses douleurs étant située sur le côté gauche, si l'utérus est incliné à droite, et vice versa. La sage-femme introduira le doigt majeur et l'indicateur dans l'orifice de la matrice et l'amènera doucement, pendant plusieurs douleurs, au centre de la cavité du bassin; puis pour l'empêcher de retourner dans sa position précédente, elle le tiendra fixé jusqu'á ce qu'il soit assez dilaté, et que la tête y soit entrée. Dans cette circonstance la sage-femme se conduira avec prudence et sera attentive à ne point provoquer prématurément la rupture de la poche.

Si la tête s'arrête sur l'un des os coxaux, on introduit la main entière par l'orifice suffisamment dilaté, puis la dirigeant le long de la symphyse sacro-iliaque la plus proche de la tête, on l'insinue entre celle-ci et l'ilium, et on amène la tête dans la cavité du bassin, où il convient de la retenir, jusqu'à ce qu'elle y soit engagée par l'action des douleurs.

§. 420. Afin d'alléger les accidens qui proviennent de *l'anté-version de l'utérus*, on doit autant que possible la diminuer, ou du moins en empêcher les progrès, en écartant pendant la grossesse tout habillement qui gène le ventre, en portant un bandage convenable, en faisant peu de mouvemens, et en observant de prendre souvent la situation sur le dos. Dans l'accouchement la femme sera couchée horizontalement sur le dos, le bassin élevé, et la sage-femme amènera l'orifice de la matrice au milieu du bassin de la manière indiquée (§. 419). Si la tête s'arrête aux pubis, on procédera d'après le §. 416.

La *retro-version* de la matrice étant la principale cause des avortemens, il en sera traité en parlant de cet accident (§. 452. et 453.).

§. 421. Quant à *l'intro-version* ou le *renversement de la matrice*, il importe de la réduire promptement dans sa position naturelle. Dans ce but la femme sera couchée sur le dos, le siège élevé; ensuite, si l'intro-version est incomplète, la sage-femme appliquera la main, graissée et en forme de cône, contre le fond de l'utérus, qu'elle repoussera avec précaution par son orifice aussi-haut que possible; puis elle fermera la main, et la laissera dans l'utérus jusqu'a ce qu'il se soit convenablement contracté sur elle; ce qu'on peut favoriser en frottant le

bas-ventre de l'autre main. Alors elle détachera le placenta, s'il est encore adhérent à la matrice, et l'entraînera en agissant avec la plus grande précaution. Dans le cas d'un renversement complet on commence par décoller le placenta, ou s'il l'est déjà, par graisser le fond de la matrice, qu'on repousse des deux mains dans le vagin, de sorte que les parties les plus voisines de la vulve rentrent les premières, et pour lors on procède, comme nous venons d'indiquer à l'égard du renversement incomplet.

Dans cet état de choses la femme doit plus longtems qu'à l'ordinaire garder le lit horizontalement couchée; elle s'abstiendra, autant qu'elle pourra, de tout ébranlement du corps, tels que de tousser, éternuer, rire, de faire de trop grands efforts en allant à la selle etc. On lui tiendra le ventre libre par des lavemens.

§. 422. Le *prolapsus de la matrice*, soit présent soit à craindre, exige que la sage-femme soit très attentive : à tenir la femme couchée tout-à-fait horizontalement, à lui laisser travailler le moins possible ses douleurs, surtout jamais étant assise ou debout; elle avisera à ce que l'orifice de la matrice se trouve placé au centre de la cavité du bassin, et qu'il soit repoussé doucement en arrière de la tête de l'enfant. Pour cet effet la sage-femme portera quatre doigts, ou la main totale, dans le vagin; puis, ayant ap-

pliqué le bout des doigts sur le bord de l'orifice utérin, elle le retient dabord pendant les douleurs, afin qu'il ne soit poussé en-avant de l'enfant; ensuite, et quand l'orifice de la matrice est suffisamment dilaté, elle tâchera de le repousser pendant les douleurs en arrière de la tête. On doit agir avec beaucoup de précaution à l'égard de la sortie du corps de l'enfant, et particulièrement de l'arrière-faix. Si la chute de la matrice se déclaroit après l'accouchement, on la replacera en la repoussant du bout des doigts réunis.

Pour éviter la récidive du prolapsus, la femme en couche se tiendra plus longtems que de coutume couchée au lit dans l'attitude déjà indiquée; et quand elle se relévera, on lui fera porter un pessaire convenable. Voici la méthode qu'on observe pour appliquer et retirer un pessaire: la femme ayant vidé le rectum et la vessie et se trouvant couchée sur le dos, le bassin un peu élevé, on saisit le pessaire, trampé dans de l'huile, de l'index et du pouce en sorte que son plus grand diamètre réponde à l'axe du vagin, au fond duquel on le glisse en le dirigeant de façon que l'une de ses faces soit tournée en-avant, l'autre en arrière de ce canal; alors on le tourne de manière que le museau de tanche réponde au trou et repose dessus le pessaire.

§. 423. *L'inertie de l'utérus* dans les deux premiers tems de l'accouchement est peu signifiante; et l'on conseille d'attendre patiemment l'ac-

tivité des douleurs aussi longtems qu'on ne remarquera point d'affections spasmodiques. Mais quand l'atonie se manifeste dans les dernières périodes de l'accouchement, il faut animer le travail par les moyens suivans. La femme, si elle n'est pas épuisée et si les circonstances le permettent, se donnera du mouvement en marchant dans sa chambre; si au contraire elle est accablée, on la reposera quelque tems, on lui fera prendre par intervalles des bouillons fortifians, quelques cuillerées de bon vin ou des gouttes de la liqueur de Hoffmann. Ensuite l'on frotte doucement le fond de l'utérus, on touche légèrement la face interne du bord de son orifice, on donne des clystères d'infusion de camomille; l'on applique des fomentations chaudes sur le ventre du même fluide, ou en y mélant du vin, ou bien de vin pur; enfin lorsqu'il n'y a point d'hémorrhagie, on peut encore employer utilement le bain, le demi bain, ou le bain de vapeur.

Lorsqu'un *état spasmodique* est la cause de l'inertie utérine, on se sert de fomentations et de ctystères calmans composés de lait dans lequel on aura fait bouillir des têtes de pavots; comme aussi de décoctions de guimauve, de cataplasmes appliqués sur le bas-ventre, des bains qu'on vient d'indiquer, de boissons rafraichissantes et calmantes — telles que de l'eau sucrée, ou de l'eau avec de l'essence douce, ou avec

un peu de liqueur d'Hoffmann, ou d'eau de fleur d'orange. Mais on s'abstiendra de frotter l'utérus, ou de l'irriter de quelqu'autre manière.

Quant à l'atonie dans le cinquième tems de l'accouchement on se conduit comme à l'égard de celle des tems précédens. Les suites qui en peuvent résulter sont traitées spécialement.

§. 424. On oppose également à la *crampe* de l'utérus les fomentations chaudes, les clystères de lait, de thé de camomille etc., en général les mêmes moyens désignés à la fin du §. 423.

Dans le cas où la contraction spasmodique de l'orifice de l'utérus se déclare au cinquième tems, on attendra patiemment que cette crampe ait cessée, si l'hémorrhagie ne nécessite pas une prompte délivrance; et pendant cet intervalle, l'on frotte le fond de l'utérus, on met en usage les boissons itérativement désignées, le demi-bain, ou le bain de vapeur; on peut introduire au fond du vagin une petite éponge trempée dans du lait chaud ou du thé chaud de camomille, ou dans une décoction de graine de lin et de quelques têtes de pavots etc. Mais en cas d'hémorrhagie on dilate l'orifice de la matrice par le manuel de l'art (§. 332.), et l'on opère de la manière ordinaire (§. 268.) l'extraction des secondines.

Quand le *placenta est chatonné* on doit de même, tandis qu'on pose une main sur le bas-

ventre, introduire l'autre selon la règle de l'art, dans la cavité de la matrice et à l'entrée du chaton, en suivant le cordon; puis, après l'avoir dilatée de la manière qu'on élargit l'orifice utérin, on y pénètre avec la main, on décolle le placenta, s'il est encore adhérent, on l'amène sur l'orifice de la matrice, et de là on en fait l'extraction comme à l'ordinaire. Si ensuite l'utérus ne se contracte pas régulièrement, on pourra encore introduire la main dans sa cavité, et l'y laisser fermée quelques instans, pendant que de l'autre on frottera le ventre extérieurement.

§. 425. *L'inflammation de l'utérus*, lorsque l'accouchement ne se termine pas sans délai par la seule force de la nature, exige toujours de hâter la fin du travail par un prompt secours de l'art, et ensuite un traitement médical convenable.

§. 426. De même *la rupture de l'utérus* est un accident qui rend toujours la présence de l'accoucheur incessamment nécessaire. Toutefois si en l'attendant, la sage-femme présume la possibilité d'opèrer l'extraction de l'enfant, elle la doit faire; et de plus aller chercher le placenta, quand même il seroit plongé en tout ou en partie dans la cavité abdominale. L'un et l'autre de ces procédés demandent une grande précaution.

§. 427. La *rigidité de l'orifice de la matrice* nécessite approchant les mêmes traitemens en général que la contraction spasmodique de cette

partie (§. 424.). Mais quand ces moyens sont insuffisans, on doit encore recourir à l'accoucheur, ainsi que toutes les fois où se présentent les cas *d'imperforation* de *l'orifice de la matrice*, de *retrécissement* ou *d'imperforation du vagin.*

§. 428. En cas de *prolapsus du vagin* la sage-femme doit aussitôt le faire rentrer, en portant le bout des doigts réunis sur la partie qui a fait chute, et la repoussant jusqu'à ce qu'elle sente que le vagin a repris sa situation naturelle. Ensuite l'on empêchera la rechute au moyen de quelques doigts, jusqu'à ce que la tête se présente d'elle même dans le vagin. Pendant les couches on introduira dans le vagin des compresses roulées et trempées dans du vin ni froid ni chaud; en observant de les renouveler plusieurs fois par jour. Si ces moyens ne fortifient pas suffisamment le vagin, on fera porter à la femme, quand elle sera relevée de ses couches, un pessaire en cylindre. Dans tous ces cas on lui prescrira de garder le lit plus longtems que d'ordinaire, horizontalement couchée, le siège élevé et dans un parfait repos.

§. 429. La présence de l'accoucheur est encore nécessaire dans le cas de *rupture du vagin.* Cependant quand cet accident auroit occasionné une hémorrhagie inquiétante, on tamponnera, s'il est possible, la partie saignante en attendant l'arrivée du chirurgien.

CHAPITRE XIV.

De l'accouchement de plusieurs enfans.

§. 430. Dans la grossesse géminale chaque fœtus occupe pour l'ordinaire son *œuf* en totalité; mais il n'est pas rare que des membranes il n'existe que l'amnios à double, tandis qu'un seul chorion embrasse à la fois les deux œufs. Communément chaque placenta est indépendant l'un de l'autre, mais très souvent les deux sont unis entre eux; moins fréquemment il ne s'en trouve qu'un, et fort rarement il ne sort de celui-ci qu'un seul cordon ombilical, mais qui se sépare aussitôt en deux.

§. 431. Quant à la *position des fruits*, ceux-ci offrent le plus communément la tête de l'un, et les fesses, les genoux, ou les pieds de l'autre; mais les deux fœtus peuvent aussi présenter les mêmes parties, et, dans des cas très rares, même être situés transversalement.

§. 432. Les *symptomes* d'une grossesse composée ou géminale indiqués à §. 163. sont tous incertains, comme on l'a déjà observé; et l'on ne peut s'assurer de la présence de deux fruits ou davantage, que l'orsqu'après la naissance d'un premier, l'on sent par le toucher externe un second enfant dans l'utérus, que par la recherche interne l'on trouve une seconde poche, et derrière celle-ci la partie que présente l'enfant.

§. 433. Quoiqu'a cause d'une plus grande expension de l'utérus l'accouchement de jumeaux dure souvent plus longtems, que celui qui a lieu à la suite d'une grossesse simple, néanmoins il n'exige point de secours extraordinaire; mais on confiera le travail à la nature, d'autant plus que les jumeaux sont communément plus petits à proportion que l'enfant solitaire.

Cependant si une cause quelconque nécessitoit du secours de l'art, on le donnera indistinctement au premier et au second enfant comme s'il n'y en avoit qu'un dans la matrice; seulement on agira avec beaucoup de précaution dans le cas où il seroit nécessaire d'opérer la version du premier jumeau. Quand les deux enfans se présentent en même tems à l'entrée du bassin, on doit repousser l'un et faire entrer dans le bassin celui qui est le plus avancé, qu'on abandonne pour lors aux soins de la nature.

§. 434. On doit se garder soigneusement de troubler le calme bienfaisant que la femme goûte après la naissance du premier jumeau, et de vouloir accélérer la sortie du second. L'on attendra au contraire tranquillement le retour des douleurs; mais quand celles-ci auront repris convenablement leur vigueur, on pourra rompre la poche.

§. 435. Quant à la *délivrance* on ne doit point, après la naissance du premier jumeau,

extraire son placenta, si ce n'est alors qu'il se trouveroit sur l'orifice de la matrice, ou dans le vagin; mais on doit attendre la sortie du second enfant, et lorsque les efforts de la mère n'auront pas opéré l'expulsion des deux secondines, extraire les deux en tirant de préférence le cordon du premier-né. Du reste on se comporte exactement comme dans l'accouchement d'un seul enfant; en observant cependant que, à cause de l'expansion considérable de la matrice, il faut accorder plus de tems à cette délivrance qu'à celle d'un enfantement simple. Lorsqu'on n'auroit pas lié au premier jumeau la portion du cordon qui reste au placenta, il le faudra lier aussitôt qu'on sera assuré de la présence d'un second enfant. Souvent il est utile de distinguer les deux cordons au moyen de ligatures différentes.

§. 436. Si le cas extraordinaire se présentoit, où un seul placenta pour deux enfans, se détachant après la naissance du premier des jumeaux, tombât sur l'orifice de la matrice, ou dans le vagin; on doit l'extraire et autant que possible accélérer la sortie du second enfant. Dans le cas, non moins rare, de chatonnement du second jumeau, on procédera de la même manière que dans celui de chatonnement du placenta (§. 424.), et l'on opère l'extraction de l'enfant par les pieds.

CHAPITRE XV.

De l'accouchement de l'enfant mort.

§. 437. Il y a deux cas à distinguer: la mort de l'enfant qui a lieu pendant le cours de la grossesse, et celle dont il est victime dans l'accouchement même.

§. 438. Dans l'accouchement on peut seulement connoître avec certitude que l'enfant est *mort pendant la grossesse*, lorsque les symptomes de la putréfaction se manisfestent: tels qu'une odeur putride, la facilité d'enlever l'épiderme, la mauvaise couleur de la peau; surtout quand ces signes ont été précédés par ceux de la mort du fruit, lesquels du reste ne se déclarent pas constamment, et n'offrent point de certitude. Tels sont: la cessation du mouvement de l'enfant et de l'accroissement de l'utérus et du bas-ventre; l'affaissement, la diminution de chaleur et un engourdissement pénible de l'abdomen; la sensation du ballottement de l'enfant selon les changemens d'attitude de la mère; la flaccidité des mamelles, des affections fébriles, des évanouissemens, un écoulement putride des eaux de l'amnios.

§. 439. On ne peut jamais savoir avec une entière certitude que l'enfant est *mort dans l'accouchement*, que quand après sa terminaison on ne peut pas vivifier l'enfant, quoiqu'il ait donné

des signes de vie immédiatement avant ou pendant l'accouchement.

Néanmoins on peut présumer avec beaucoup de probabilité que l'enfant est mort dans l'accouchement, quand, excepté les signes de la putréfaction, tous les symptomes de mort, quoique trompeurs, se présentent réunis, et qu'au contraire tous les signes de vie manquent. Dans ce discernement important et difficile de la vie ou de la mort de l'enfant, on n'oubliera jamais de prendre en considération l'état de la mère pendant sa grossesse, la durée et le genre de son accouchement, les secours que peut-être on lui à déjà administrés, et les causes qui pourroient avoir occasionné la mort de l'enfant.

§. 440. Ces prétendus *signes de la mort* de l'enfant *pendant l'accouchement* sont: la diminution en force et en fréquence des douleurs d'enfantement, l'écoulement d'eaux sanguinolantes ou mélées de méconium, la cessation du mouvement de l'enfant et de la pulsation — principalement du cordon et du cœur, le manque de tuméfaction de la partie que présente l'enfant, une grande mobilité des os du crâne, le corps flasque, une insensibilité totale, l'anus ouvert etc.

§. 441. Les *signes de la vie* de l'enfant sont: lorsque la mère ou la sage-femme a senti depuis peu de tems les mouvemens de l'enfant, que celui-ci meut la partie qu'il présente, qu'elle

se tuméfié, qu'elle change de couleur, et que le battement se fait sentir dans cette partie ou dans une autre.

§. 442. Les *causes de la mort* de l'enfant *dans la grossesse* sont très nombreuses, quoiqu'elles ne soyent pas toujours remarquables. On peut principalement considérer comme telles: les efforts extraordinaires, les grands ébranlemens du corps, les coups sur le ventre, les maladies graves, les passions violentes, la saignée, les purgatifs etc.

Les *causes principales de la mort* de l'enfant *dans l'accouchement* sont: la compression, ou la rupture du cordon ombilical, le décollement prématuré du placenta, en général tout ce qui empêche la circulation du sang du fœtus; en outre la pression et le froissement de quelque partie noble, et divers accidens tels que convulsions, pertes et autres; comme aussi une assistance inconvenante, ou mal administrée.

§. 443. Il est très rare que l'enfant mort séjourne longtems dans le sein de sa mère; au contraire son expulsion ne tarde guère au-de-là de quelques jours. Quant à l'accouchement lui-même il dure ordinairement plus longtems que celui d'un enfant vivant; parceque dans le premier cas la matrice est peut-être un peu moins active, et qu'en-outre elle rencontre plus de difficulté à expulser le corps flasque d'un enfant

mort, que celui d'un vivant. Du reste l'accouchement et les secours, dont il peut avoir besoin, sont les mêmes que dans celui d'un enfant vivifié. On fera surtout attention que la femme ne s'épuise par des efforts prématurés, et de ne tirer sur l'enfant, si cela est nécessaire, qu'avec précaution, crainte de lui arracher quelque membre.

De même lors de *la délivrance* il importe d'observer que l'arrière-faix est plus disposé à la putréfaction et plus facile à se déchirer que le fœtus lui-même. Ce qui prescrit de la circonspection, et des ménagemens particuliers.

CHAPITRE XVI.

Des accouchemens avant terme.

§. 444. L'accouchement — pris dans le sens le plus étroit — est avant terme, quand il a lieu avant la fin du neuvième mois, ou approchant avant la 38ème semaine; on le nomme *prématuré*, (comme il est dit au §. 155.) quand il arrive entre la 27ème et la 38ème semaine, et *fausse-couche*, ou *avortement*, lorsqu'il survient avant la 27ème. C'est de ce dernier qu'on va s'occuper, vu qu'à l'égard du travail et des secours le précédant se rapporte complètement à l'accouchement à terme.

§. 445. Le fœtus ne peut survivre à la fausse-couche, parce qu'il n'a pu se développer suffisa-

ment. Celle-ci peut avoir lieu dans tous les tems dès le jour de la conception jusqu'à la 28ème semaine; mais on ne la devroit appeler *avortement* que lorsqu'elle survient dans les trois premiers mois. C'est au 3ème et 4ème mois de la grossesse qu'elle se déclare le plus fréquemment, et presque toujours dans le tems auquel — en état de vacuité — eussent reparu les menstrues.

Quelquefois on appelle encore improprement fausse-couche l'expulsion d'une môle, ou de quelques fluides amassés dans l'utérus etc.

§. 446. Les foiblesses générales, et surtout locales de l'utérus, les maladies aiguës et quelquefois les chroniques, la pléthore, de véhémentes émotions, les passions desordonnées, les grands échauffemens, ou un refroidissement continu, les exercices forcés, les ébranlemens du corps, les coups, la chute sur le ventre et sa compression, l'abus du coït, les grossesses trop fréquentes, les fleurs blanches d'un caractère malin, les hémorrhagies, la saignée sans nécessité, les purgatifs violens, les obstructions opiniâtres, les vomissemens violens et réitérès; mais singulièrement la rétro-version de l'utérus, de plus la rupture des membranes, le décollement du placenta et les maladies ou la mort du fruit — sont les *principales causes* de la fausse-

couche. Ces causes sont très particulièrement à redouter, si la femme a déjà eu fait fausse-couche, et d'autant plus qu'elle fut souvent accouchée avant terme. Les fausses-couches successives d'une personne reviennent communément à la même période de la grossesse.

§. 447. Souvent les accouchemens prématurés sont précédés de certains symptomes qu'on appelle *signes avant-coureurs*. Ces signes peuvent précéder de plusieurs jours l'accouchement, mais ils ne se présentent pas constamment, et même malgré leur apparition l'accouchement ne succède pas toujours, pourvu que la femme se comporte convenablement. Ces signes, outre ceux qui annoncent la mort de l'enfant dans la grossesse (§. 438.), sont les suivans : la femme a le teint blême et maladif, elle éprouve des mouvemens fièvreux, de la lassitude, un sentiment de pesanteur au ventre, et de pression sur l'orifice de la matrice, sur l'anus et la vessie, de la douleur dans les lombes et la région du bassin, des crampes dans le bas-ventre, une secrétion plus copieuse des mucosités du vagin ; enfin des contractions douloureuses de la matrice se manifestent, son orifice s'ouvre et rend du sang, ou souvent un fluide de mauvaise odeur etc.

Si en pareilles circonstances on peut arrêter, ou suspendre, les contractions utérines, la gros-

sesse pourra parvenir à son terme naturel; mais l'accouchement aura toujours lieu quand les eaux s'écoulent.

§. 448. La *durée et la terminaison* de la fausse-couche sont très variables. Dans les trois ou quatre premiers mois de la grossesse le plus souvent l'œuf est expulsé en entier et sans lèsion; néanmoins quelquefois, et ce cas est plus fréquent dans les mois suivans, l'avorton, après la rupture des membranes, naît le premier et l'arrière-faix lui succède immédiatement. Mais il arrive aussi que dans la grossesse plus avancée encore, le produit de la conception vient à naître en totalité; et au contraire il n'est pas rare qu'on soit obligé de séparer, par la section du cordon, le fœtus des secondines, parceque celles-ci ne le suivent pas immédiatement, mais avec plus ou moins de délai.

§. 449. On doit considérer la fausse-couche comme un accident contre nature, surtout quand elle se répète souvent chez le même individu. La sage-femme se fera donc un devoir d'engager une personne sujette aux fausses-couches, ou qui même en auroit seulement à craindre, à se soumettre aux ordonnances du médecin; comme aussi, le cas arrivant, à faire venir incontinent l'accoucheur. Mais la sage-femme devant en pareille circonstance aider de conseil et de fait, elle suivra, en attendant, les préceptes suivans.

§. 450. Dans cette occurrence la sage-femme peut agir sous trois points de vue; savoir: celui de prévenir la fausse-couche que l'on craint; ou d'empêcher celle qui a déjà commencée; ou enfin, quand elle est inévitable, de la rendre le moins nuisible que possible.

§. 451. Pour *prévenir la fausse-couche* il importe que la personne évite un retour trop fréquent de grossesses. En outre on tâchera de détourner tant que possible les causes qui ont occasionné les avortemens précédens; on engagera la femme à se comporter, durant sa grossesse, avec prudence et sagesse dans tous les tems ou ses règles auroient dû paroître, mais très particulièrement pendant les périodes de la grossesse, dans lesquelles ses précédens avortemens ont eu lieu; on aura soin que dans ces tems elle observe le plus grand repos, et que même elle reste dans son lit. De plus elle s'abstiendra également hors de ces périodes critiques de grands mouvemens, de compressions du bas-ventre, de tout ce qui affecte vivement l'ame, de refroidissement, d'échauffement et surtout du coït. La femme observera au contraire une diète sévère, un maintien sédentaire et une grande tranquillité d'ame.

§. 452. Lorsque la *rétro-version de l'utérus* (397.) est la cause d'une fausse-couche qui se prépare, il faudra aussitôt la réduire.

La sage-femme est autorisée à présumer la rétro-version de l'utérus par les indications suivantes, quand elles se présentent dans les quatre premiers mois de la grossesse : la femme commence par se plaindre de pesanteur, puis de douleurs, dans le voisinage des pubis; elle éprouve des rétentions d'urine, et souvent des constipations du rectum ; la douleur augmente et s'étend sur toute la région du bassin; le ventre se gonfle, il devient très sensible au toucher, et l'inflammation avec ses effets, et peut-être la mort, s'ensuivroient sans des secours convenables. Après que ces symptomes auront fait présumer la rétro-version, il faut s'en assurer par le toucher. Le doigt, quand elle existe, ne peut pénétrer qu'avec peine dans le vagin ; le col de la matrice, très difficile à atteindre, est appuyé contre les pubis; mais en introduisant le doigt dans le rectum on sent le fond de l'utérus adossé contre le sacrum.

§. 453. Pour replacer la matrice renversée, il faut dabord évacuer le rectum au moyen d'un clystère, et vider la vessie par la sonde. Puis, après avoir placé la femme le plus convenablement sur les genoux et appuyée sur ses coudes, on repousse, par un doigt introduit dans le rectum, le fond de l'utérus en en-haut et en avant vers le nombril, tandis qu'avec deux doigts on tire en-bas le col de la matrice par le vagin. Mais ensuite la femme gardera quelque tems le plus

grand repos, couchée sur le côté droit et un peu tournée sur le ventre, les cuisses étant fléchies, en évitant toutes secousses et se tenant le ventre libre.

§. 454. Si la fausse-couche a commencé, la sage-femme fera tout ce qu'elle pourra *pour l'interrompre*, ou *l'empêcher*, comme aussi pour écarter autant que possible tout ce qui la pourroit favoriser. Dans ce but on mettra la femme sur son lit couchée horizontalement sur le dos, en lui interdisant de presser en en-bas et lui procurant une grande tranquillité de corps et d'ame. On lui donnera, selon les circonstances, en petites portions des boissons calmantes telles que du thé de fleurs de tilleul, de la limonade, de l'eau avec du jus de citrons, ou du sirop de vinaigre, ou avec un peu de bon vinaigre; ou bien du bouillon fortifiant, des gouttes de Hoffmann etc. La sage-femme ne doit pas trop toucher, ni frotter le ventre de la femme, et très particulièrement se garder de rompre la poche.

§. 455. Lors même que la sage-femme ne pense pas de pouvoir empêcher l'avortement, néanmoins elle ne doit jamais se permettre de le favoriser, mais toujours présupposer la possibilité, qu'aussi longtems que les membranes ne sont pas rompues, les douleurs expulsives peuvent cesser. Elle ne doit pas même après l'écoulement des eaux tirer sur le fœtus, et jamais en

faire la version, tant que le fruit n'est pas déjà très grand, vu que les forces de la nature sont suffisantes pour l'expulser, et que la cavité de l'utérus seroit trop étroite pour cette opération.

§. 456. En cas que des pertes de sang apparussent avant l'expulsion du fruit, la femme se tiendra couchée, le derrière élevé, les cuisses étroitement serrées, pas trop chaudement couverte, sans personnage inutile auprès d'elle et sans mouvement, et on lui donnera un peu plus fortes les boissons acidules désignées au §. 454. Si ces moyens de précaution ne suffisent pas, on appliquera sur l'abdomen et les lombes des linges trempés dans de l'eau froide, ou dans de l'eau avec du vinaigre et du sel. Enfin la sage-femme peut encore, en cas de nécessité, se permettre de tamponner comme il est indiqué à §. 199.

§. 457. Si le produit de la conception n'est pas sorti en entier, ou si les secondines n'ont pas succédé immédiatement au fœtus, on doit les amener seulement lorsqu'elles sont engagées dans l'orifice de la matrice, en saisissant le placenta par son bord. Mais lorsqu'au contraire le placenta se trouve encore attaché en totalité ou en partie à l'utérus, on abandonnera la délivrance aux forces de la nature, qui le plus souvent l'en détachent en moins de quelques heures, mais par fois seulement au bout de quelques jours,

en le pressant dans le vagin, d'où il en faut alors faire l'extraction. On peut, en frottant le fond de la matrice, et au moyen des cordiaux itérativement indiqués, tenter de provoquer l'action de l'utérus; mais jamais on ne doit user de violence pour décoller le placenta. Lorsque la délivrance est accompagnée d'hémorrhagie, la sage-femme se comportera comme dans le cas des pertes qui surviennent avant la naissance du fœtus.

Quel que soit le produit de la conception sorti du sein de la mère, soit en totalité ou seulement en partie, on le mettra dans de l'eau fraiche jusqu'à l'arrrivée du médecin.

§. 458. Quand l'expulsion de l'arrière-faix n'a pas lieu dans l'espace de quelques jours, il passe en corruption et se détache de l'utérus. Dès lors le placenta dégénère en une matière purulente qui s'écoule par les parties sexuelles, ou bien il s'échappe par portions de différentes grosseurs. Dans tous les cas où l'arrière-faix auroit passé en corruption, la sage-femme ne doit pas négliger de faire chaque jour dans la matrice quelques injections tièdes d'eau pure, ou de thé de camomille, de décoctions d'orge, ou de graine de lin, dans l'intention de déterger le pus, de purger la matrice et de préserver les parties sexuelles.

§. 459. Pour faire cette injection, ainsi que

toutes les autres dans la matrice, on doit faire coucher la femme horizontalement, les reins un peu relevés. Après avoir placé un vase devant les parties génitales, l'on introduit le bout de l'index et du grand doigt d'une main dans l'orifice de la matrice, on glisse sur ces deux bouts de doigts la canulle de la seringue chargée, dont il faut empoigner le milieu du canon de l'autre main, et on l'avance un peu dans la matrice; puis, en retirant la main des parties génitales, on la porte sur le piston de la seringue que l'on vuide sans lui faire subir aucun mouvement, et on la retire avec précaution.

CINQUIÈME SECTION.

Des Couches.

CHAPITRE I.

De la Marche régulière des Couches.

§. 460. La délivrance terminée toutes les parties de la femme qui, durant la grossesse et l'accouchement, ont éprouvé des changemens, tendent maintenant à retourner dans l'état qui est naturel à la virginité; et la matrice abandonne dès lors aux mamelles la fonction de nourrir l'enfant. Le flux de sang, qui pendant la grossesse s'est porté abondamment à l'utérus, s'en détourne maintement et se dirige davantage aux mamelles, où se perfectionne à présent la secrétion et l'excrétion du lait. On appelle *les couches, ou tems des gésines*, le temps pendant lequel tout cela se passe, et qui dure 30 à 40 jours; attendu

que l'acconchée est obligée d'observer un grand repos, et de garder au commencement plusieurs jours le lit.

§. 461. Dans le cours des couches se déclarent diverses apparitions, qui, quoique sans être une maladie par elles mêmes, ne méritent pas moins toute l'attention de la sage-femme, puisque ces circonstances sont très importantes, et qu'elles peuvent facilement dégénérer en maladies réelles.

§. 462. Ainsi qu'à la suite de l'enfantement, de même et plus particulièrement à la suite de la délivrance, la femme nouvellement accouchée est encore sujette aux frissons, qui souvent l'affectent au point de causer un tremblement de tout son corps et des claquemens de dents, auxquels succèdent cependant une douce tranquillité, et une chaleur salutaire moyennant des soins convenables.

§. 463. Pendant les premiers jours, surtout immédiatement après sa dèlivrance, la femme ressent encore à la suite du travail et de la crise qu'elle a éprouvés, de *l'accablement* et une *grande foiblesse* qui souvent sont accompagnés d'une sensibilité non moins grande et générale. Mais bientôt après l'acconchement la femme tombe dans un *doux sommeil*, pendant lequel une *légère sueur* se répand sur tout son corps: l'un et l'au-

tre étant salutaires, on ne doit rien faire qui les puisse troubler.

§. 464. La matrice n'est pas encore totalement débarrassée alors même que l'enfant et l'arrière-faix en sont expulsés. Le sang qui se portoit au placenta, et qui ensuite se détourne insensiblement de l'utérus, s'épanche maintenant en partie dans la cavité de la matrice. Là, une portion de ce sang se coagule, surtout immédiatement après la délivrance, et s'évacue en caillots, tandis que l'autre s'écoule peu-à-peu de la matrice par la vulve en entraînant les restes des membranes et du placenta qui demeurent souvent en arrière. Mais à mesure que les extrémités perspiratoires des artères de la surface interne de l'utérus se ferment, ce n'est plus que la portion séreuse du sang qui s'épanche dans la matrice; tellement qu'après les trois premiers jours cet écoulement paroît moins rougeâtre que séreux; et enfin il devient plus glaireux, blanchâtre et en quelque sorte laiteux. L'on appelle cette évacuation les *lochies* ou *vidanges*, et on les distingue, d'après ce que dessus, en *lochies rouges* et *lochies blanches* ou *laiteuses*. Cet écoulement dure communément 2 à 3 semaines chez une femme en santé, qui allaite son enfant; tandis que, si elle n'est pas nourrice, il dure jusqu'à 6 semaines et souvent au-de-là. Au reste la durée et la quantité des lochies varient considérablement selon la nature des circonstances qui ont

accompagné l'accouchement, selon les hémorrhagies qui ont eu lieu, selon la constitution, la santé, la diète de la femme, l'allaitement etc.

Ordinairement les règles reviennent bientôt après la cessation des lochies, cependant il n'est pas rare qu'elles manquent encore deux où trois mois sans nuire. Il arrive aussi qu'à leur retour ces règles sont souvent si abondantes qu'elles ressemblent plutôt à une perte.

§. 465. Tant pour favoriser la déjection des parties qui sont restées dans l'utérus, que pour réduire la matrice à son volume naturel à l'état de vacuité, les contractions de celle-ci se renouvellent pendant les premières 24 heures après l'accouchement. Mais elles sont bien moins fortes, et la plupart sans douleurs; elles laissent des intervalles plus longs, durent 1, 2, jusqu'a 4 jours au plus. Au lieu de *douleurs après la délivrance* qu'on devroit les nommer, on les appelle communément *tranchées utérines.*

§. 466. La *secrétion du lait* dans les mamelles est un des plus importans phénomènes du tems des couches. Déjà vers la fin de la grossesse s'opère la secrétion d'un lait très séreux, qui quelquefois s'épanche spontanément. Immédiatement après l'accouchement la préparation du lait dans les mamelles devient plus active, il augmente en quantité et par son accumulation gonfle insensiblement les seins, qui, si on ne leur procure

pas de l'évacuation, deviennent fort tendus, durs, douloureux, chauds et même enflammés, état qui est toujours accompagné de fièvre, et auquel on donne la dénomination copulative de *fièvre de lait*, ou de *montée du lait*. Mais ces accidens n'arrivent point, et la fièvre sera imperceptible ou tout-à-fait absente, si l'on donne issue au lait à mesure qu'il se forme, ce qui s'exécute naturellement en faisant teter l'enfant.

§. 467. Dans les premiers jours qui suivent l'enfantement, le lait est encore très clair, lymphatique et ne contient que très peu de parties nutritives. Mais il a des propriétés résolutives et purgatives par lesquelles il délaye et évacue les matières glaireuses de l'estomac, et le méconium des intestins de l'enfant. Toutefois le lait ne tarde point à devenir insensiblement plus consistant, plus gras et nourrissant.

CHAPITRE II.

Des Soins qu'on doit donner aux femmes en couches.

§. 468. Le premier soin que la sage-femme doit donner à l'accouchée, aussitôt qu'on aura éloigné d'elle son enfant, c'est de s'assurer par le *toucher* sur le bas-ventre, et en cas de besoin par les recherches internes, si la matrice contient un second enfant, ou quelqu'autre corps

étranger; si elle s'est resserrée convenablement sur elle même, et si ce viscère ne se trouve pas dans une situation irrégulière; en général si les organes génitaux sont en bon état. Après cette reconnoissance on *nettoyera*, avec une éponge trempée dans l'eau tiède, les parties externes de la génération et les circonvoisines, sans négliger de s'assurer particulièrement si le périnée est déchiré, ou si peut-être quelqu'autre partie externe se trouve lésée. Ensuite on doit recouvrir la vulve d'un linge sec et chaud, faire rapprocher les cuisses et tendre les jambes. Laissant alors reposer l'accouchée, chaudement couverte, pendant quelques momens, on fait de tems en tems de la main platte quelques frictions sur le fond de la matrice en bien observant, s'il ne survient point d'hémorrhagie.

§. 469. Quand la femme aura reposé quelque tems, on subsistuera avec précaution pour la préserver du froid, un habillement et des linges secs et chauds à ceux qui seront mouillés ou salis. Outre sa chemise on l'habillera convenablement pour la saison d'une camisole, d'un mouchoir et d'un bonnet. On la mettra sur le lit destiné pour ses couches, et, si on le juge nécessaire, on lui appliquera un bandage au tour du ventre.

§. 470. Ce *bandage du corps* qui consiste en une serviette, ou un autre linge mollet, plié

en plusieurs doubles de la largeur du bas-ventre, au tour duquel on l'applique comme une sangle qui en embrasse tout le volume, n'est pas toujours absolument nécessaire. Mais il peut être utile en certains cas, comme aussi très nuisible quand il est employé mal à propos. On peut bander l'accouchée quand, par une cause quelconque, son ventre a été très volumineux pendant la grossesse, et que par cette raison les tégumens du ventre sont flasques et pendans; quand le ventre a été en besace, l'accouchement précipité; quand des défaillances ou syncopes sont à craindre, comme aussi dans des cas de déplétion trop prompte de la matrice, et enfin lorsqu'à la suite d'un long travail le bas-ventre se trouve trop relâché et dans un état d'inertie. Mais on n'appliquera jamais ce bandage, non plus même dans les circonstances qu'on vient d'indiquer, si la matrice ne s'est pas contractée convenablement; parcequ'il pourroit aisément occasionner une situation vicieuse de ce viscère, et empêcher de remarquer, peut-être même provoquer, une hémorrhagie utérine interne. On ne doit pas moins s'abstenir d'en faire l'application, quand le ventre est gonflé ou affecté de douleur. De plus on doit adapter ce bandage avec précaution, et de manière qu'il exerce sa pression, non en en-bas, mais du bas en en-haut, et qu'elle soit dabord très modérée; vu qu'un procédé opposé peut encore produire, soit une situation irrégulière de l'utérus, ou le prolapsus du vagin,

la hernie et d'autres accidens, même de ceux qu'on voudroit prévenir en partie par ce bandage. Au reste on peut le serrer chaque jour davantage, et le faire porter plus ou moins longtems, selon les circonstances.

§. 471. On doit chauffer le *lit des couches* et le préparer de façon que la femme puisse s'y coucher horizontalement la poitrine et la tête un peu élevées. Il sera fait et garni de manière qu'on puisse facilement le tenir propre. Dans ce but on mettra, à la place sur laquelle repose le derrière de la femme, dessous l'alèze une peau de mouton ou de biche, ou une toile cirée, et dessus plusieurs linges ou draps pliés et disposés de sorte qu'on puisse les changer aisément. Au défaut d'une peau, les pauvres peuvent se servir d'un petit sac garni de son ou de bourre. On ne placera pas le lit trop près de la porte ni de la fenêtre ou du fourneau.

La situation sur le dos est la plus convenable, surtout dans les premières 24 heures après la délivrance. Cependant, si nulle circonstance particulière ne s'y oppose, la femme peut sans inconvéniens se mettre plus tard sur le côté pour se délasser; mais en tenant toujours les cuisses rapprochées et observant le plus grand repos.

§. 472. Il importe de ne point troubler sans nécessité ce bienfaisant *repos* du corps et de l'ame et particulièrement le sommeil de la femme en

couches. On éloignera d'elle toutes les personnes inutiles, le bruit, en un mot tout ce qui est incommode et principalement l'importunité des visites de couche, au moins pendant les premiers jours. On doit de plus veiller assidûment auprès de l'accouchée durant son sommeil, et s'assurer de tems en tems de ce qui se passe à l'égard des pertes.

§. 473. On doit aussi *tenir propres les parties sexuelles;* et pour cet effet il convient de changer souvent pendant les deux premiers jours le linge qu'on y aura appliqué; on l'ôtera ensuite, et durant le tems des couches on lavera fréquemment ces parties avec de l'eau tiède, et après les premiers jours préférablement avec du vin chaud. Les compresses trempées dans la bière chaude bouillie avec du beurre frais, ou bien trempées dans du thé de camomille et de fleur de sureau, sont préférablement utiles quand les parties sexuelles sont extérieurement tuméfiées, meurtries et affectées de douleur; ou, lorsqu'elles ne sont pas très enflammées, on employe des fomentations de vin pur, ou dans lequel on a fait une décoction de ces fleurs, soit de sabine ou d'autres analogues.

§. 474. La *chambre de l'accouchée*, si l'on a du choix, doit être éloignée du grand bruit et spacieuse; mais, surtout à cause du nouveau-né, ne pas être trop éclairée; l'air y doit être

pur, tempéré et point humide. Conséquemment on écartera de la chambre les fluides qui sont à découvert, les linges salis ou mouillés, tout ce qui répand des odeurs fortes, toute espéce de feu et de lumière superflus, tous les assistans inutiles etc. Chaque jour il en faut renouveller l'air avec précaution.

§. 475. On ne doit point laisser manquer de *boisson* la femme en couche, mais elle boira à sa soif. Cependant il est essentiel que ses boissons ne soyent pas nuisibles, surtout point irritantes ni trop chaudes, ni froides dans les premiers jours des couches. On peut d'ailleurs lui faire boire un thé, qu'on trouve presque dans toutes les pharmacies préparé proprement pour les accouchées, ou une légère infusion de camomille, de fleur de sureau ou de tilleul, pure ou mixte. Ou bien on donnera après les premiers jours de l'eau pure qui ne soit pas tout-à-fait froide. On pourra donner toutes ces boissons, soit pures ou coupées avec un peu de lait; on peut de plus accorder aux femmes en couches du bouillon de gruau, d'orge ou à la viande, plus tard du vin avec de l'eau, et si la personne en a l'habitude, un peu de bon vin et du caffé.

§. 476. Communément la femme n'a besoin que de très peu *d'alimens* les 3 à 4 premiers jours de ses couches, et même plus tard. Durant ce tems elle se nourrira donc uniquement de sou-

pes et de bouillons, qui, sans être très succulens, encore moins trop gras, soyent d'une digestion facile. Du reste l'on doit s'en remettre à l appétit de la femme, en ne lui donnant à manger ni plutôt ni plus tard des alimens solides, que lorsqu'elle sera bien rentrée en appétit; et alors même on ne lui en accordera que peu à la fois, mais d'autant plus souvent, en passant graduellement des moins nourrissans à ceux qui le sont davantage. Il importe également que tous ces alimens ne soyent pas indigestes, ni irritans ou refroidissans, ni crus ou gonflans.

§. 477. La femme en couche doit *aller journellement à selle*, et en cas que cette évacuation n'auroit pas lieu spontanément, on doit la provoquer en administrant de deux jours l'un un lavement du genre de ceux qui sont indiqués au §. 242. Au commencement de sa couche la femme ne sortira pas de son lit pour faire l'évacuation du ventre. Si elle ne peut pas lâcher l'urine on se comportera suivant le §. 486.

§. 478. Les *mamelles* de la femme doivent être, non seulement pendant les couches, mais encore durant le tems qu'elle allaite, tenues chaudement et préservées de pression et de froid. De même on doit, en les soutenant par un corsage convenable, empêcher qu'elles pendent, et en outre garantir, autant que possible, les mamelons de toute pression et d'humidité.

§. 479. *L'accouchée* doit se faire un devoir agréable *d'allaiter elle même* son enfant autant que cela est possible, puisqu' indépendamment de l'utilité qu'elle lui procure, la mère en tire un avantage non moins important pour elle en remplissant ainsi la condition la plus essentielle pour se procurer une heureuse couche et une bonne santé. Dabord à la suite du premier sommeil de l'enfant et de la mère, conséquemment quelques heures après l'accouchement, on présentera l'enfant au sein, dès qu'on aura préalablement un peu amolli avec de l'eau tiède, ou la salive de la mère, la peau des mamelons, et après les avoir fait sortir au moyen de deux doigts. Quand même aux premiers essais l'enfant n'extrairoit aucun fluide, il convient de le remettre de tems en tems au sein pour l'accoutumer à teter, et parceque par la succion il prépare et dispose insensiblement les mamelons à faire leur importante fonction, et qu'il favorise dabord la secrétion et ensuite l'écoulement du lait. En suivant ce précepte de donner le sein à l'enfant de bonne-heure et de le répéter souvent, on préservera la mère du gonflement douloureux des mamelles et de ce qu'on appelle communément la fièvre de lait; lesquels surviennent toujours, si, en suivant des préjugés pernicieux, l'on attend jusqu'au troisième jour, et même plus tard, pour donner le sein à l'enfant.

Il est cependant des femmes qui, à cause de

maladies soit précédentes ou présentes, notamment celles de poitrine, ou pour cause de conformation vicieuse des seins, ne peuvent ni ne doivent allaiter.

§. 480. Quant la femme en couches n'est pas en état de nourrir de son lait, il convient de la tenir sous le régime suivant: on lui donnera peu à manger mais à boire à sa soif; on lui tiendra chaudement les mamelles en les couvrant de flanelles séches, ou de laine crue, ou de lin ou de cotton. On tâchera de lui procurer une transpiration modérée et continue en lui donnant du thé chaud de sureau et de tilleul; mais l'on tâchera très particulièrement de faciliter et d'entretenir l'écoulement du lait par des situations de côté et en frottant très doucement avec la main les mamelles depuis la périphérie jusqu'au bout. Si ces moyens ne suffisent pas, on doit avoir recours à la succion des mamelles, en observant de les tenir au sec et chaudement. Il convient encore que la femme aille journellement à selle, et qu'on lui fasse ordonner par le médecin un léger purgatif quelques jours après sa délivrance.

On peut extraire le lait soit avec la bouche d'une personne en bonne santé, soit par la pompe à lait, ou au moyen d'une petite bouteille ordinaire chauffée avec de l'eau chaude. Cependant on ne videra jamais complètement les seins, mais

tout au plus à-demi jusqu'à ce que la distension ait cessé; et l'on ne doit réitérer cette opération qu'autant qu'elle est absolument nécessaire, puisqu'en agissant autrement, on ne feroit que provoquer la secrétion du lait.

§. 481. Quand même quelques femmes pourroient, sans se nuire, commencer à se lever du lit 3 à 4 jours après leur délivrance, plusieurs en pourroient néanmoins ressentir de mauvaises suites. Raison pour laquelle on ne peut qu'applaudir à la règle généralement établie, que la femme en couches ne doit se lever que le huitième ou neuvième jour. Mais quelles que soyent ses dispositions, elle ne quittera au commencement le lit que peu de tems, et pour demeurer en repos. On ne lui permettra que peu-à-peu de rester plus longtems levée, et de reprendre insensiblement ses occupations domestiques, surtout celles qui demandent du mouvement.

§. 482. Enfin un bain tiède dans la quatrième ou cinquième semaine est encore salutaire à l'accouchée. Mais la sage-femme ne doit point ordonner, dans le cours des couches, de potions laxatives, qui souvent peuvent être très nuisibles, et que le médecin seul doit prescrire.

CHAPITRE III.

Des Maladies et Accidens qui peuvent survenir pendant les couches.

§. 483. Indépendamment de la possibilité que la femme en couches peut être attaquée de toutes les maladies, elle est encore exposée à des maux accidentels, qui ne sont propres qu'à cet état, et que nous allons traiter spécialement. Ces accidens sont conséquemment une suite soit de la grossesse, soit de l'enfantement, ou de la couche elle même. Ils sont ou locaux, tels que la *rupture du périnée, luxation du coccix, impuissance de retenir ou de lâcher l'urine, hémorrhagies utérines, dérangement des lochies, irrégularité des contractions utérines après l'accouchement, renversement, rétro-version et anté-version de l'utérus, engorgement des mamelles, les mamelons enfoncés, ou trop petits, ou trop grands, ou crevassés;* ou bien ce sont des maladies générales, comme *fièvre de lait, fièvre puerpérale, convulsions.* Quoique la sage-femme ne soit pas dans le cas de traiter de son chef plusieurs de ces accidens, il importe cependant qu'elle les connoisse, afin de les faire remarquer, et d'appeler à tems du secours médical.

§. 484. La *rupture du périnée* est un accident que, même avec l'assistance et les soins les plus soutenus, on ne peut pas toujours prévenir, surtout chez les femmes primipares. Tan-

tôt cette rupture n'a lieu qu'en partie, tantôt en totalité jusqu'à lanus; quelquefois elle s'étend même jusque dans l'anus et une portion du rectum. En lavant après la délivrance les parties génitales, la sage-femme ne manquera pas d'examiner attentivement, si et jusqu'où le périnée est déchiré. Elle pourra soigner l'accouchée elle même quand la rupture n'a pas atteint l'anus; cependant lorsqu'il en est attaqué, ou, ce qui est rare, quand la rupture ne va pas droit en arrière, mais obliquement, ce qui occasionne souvent des pertes considérables, elle ne tardera point de faire venir le chirurgien; la négligence en pareil cas pouvant avoir des suites très fâcheuses, comme inflammation et gangrène dans ces parties, plus tard impuissance de retenir les vents et même les matières stercorales, en outre prolapsus de l'anus et du vagin, des incommodités hémorrhoïdales etc. Quand le périnée n'est déchiré qu'en partie, la sage-femme prendra seulement soin que les lèvres de la plaie ne se séparent, et de prévenir la trop forte inflammation des parties souffrantes: elle liera les cuisses de l'accouchée en passant lâchement un drap autour de ses genoux, après avoir placé entre ceux-ci un linge plié en plusieurs doubles; elle la fera, autant que possible, coucher horizontalement sur les côtés, ou sur le dos, la poitrine très peu élevée, et lui interdira de s'asseoir les huit premiers jours; elle appliquera au commencement des fomentations de bière chaude et de beurre, ensuite de

vin, sur les parties naturelles, qu'on lavera journellement, et enfin elle oindra celles qui sont tuméfiées avec du mucilage de pepins de coings.

Dans le cas de rupture des grandes lèvres, ou d'autres parties, la sage-femme fera toujours venir le chirurgien.

§. 485. On peut présumer que la *luxation du coccis* n'est pas si rare que quelques-uns le pensent; très souvent, il est vrai, cet os se remet de lui même sans que sa luxation ait été remarquée. Mais lorsqu'on la reconnoit aux douleurs que la malade ressent, et à la saillie qui s'élève au bas du sacrum, on opère la réduction du coccis, la femme étant placée sur ses genoux, ou couchée sur le côté, en introduisant un index dans l'anus, en étendant l'autre en-dehors sur le coccis, et en le repoussant dans sa situation naturelle. Ensuite la femme doit rester pendant plusieurs jours couchée sur le côté, ou horizontalement sur le dos.

La *fracture du coccix* qui se manifeste par une grande mobilité et un craquement entre les parties fracturées de cet os, exige toujours l'assistance chirurgicale.

§. 486. La *suppression d'urine* dans le tems des couches est ordinairement la suite d'une contusion au col de la vessie, occasionnée par quelque pression dans le travail, et qui cause tu-

méfaction et l'inertie de ce canal. On connoit facilement cet état à la difficulté ou l'impossibilité que la femme éprouve de satisfaire son envie d'uriner, comme aussi, par le toucher externe et interne, à la plènitude palpable de la vessie. La sage-femme ne négligera point, dès qu'elle apperçoit ce mal, d'introduire par le vagin sur la partie souffrante une éponge, ou un linge, trempé dans du lait, ou quelque mucilage chaud, et de réitérer cela souvent; d'appliquer sur les parties naturelles et le périnée des fomentations faites des mêmes fluides, ou bien des cataplasmes de graine de lin en poudre et de lait, de frictionner le dessus des pubis avec de l'huile fine, et de donner à boire du bouillon chaud d'orge ou de gruaux, du lait ordinaire ou du lait d'amandes, ou du thé de tilleul avec du lait chaud. Quand l'évacuation de l'urine résiste à ce traitement, la sage-femme fera usage de la sonde; et si le mal persiste encore, ou lorsqu'il seroit même accompagné de fièvre, elle doit avoir recours au médecin.

§. 487. *L'incontinence d'urine* est une maladie où la femme, malgré sa volonté, laisse continuellement échapper goutte á goutte son urine, ce qui est accompagné de cuissons, de douleurs, et occasionne même de l'ulcération aux parties génitales. Cette incontinence tient sa cause de la paralisie du col de la vessie et de l'urètre, par suite de la pression de ces organes durant l'ac-

couchement ; ou bien elle procède de déchiremens survenus dans ces parties, ou d'ulcération qui, succèdant à l'inflammation, produit un trou dans la vessie. Dans les deux derniers cas, et même quelquefois dans le premier, il faut toujours, et sans aucun délai, demander le secours de la chirurgie ; mais dans tous ces cas la sage-femme insinuera dans le vagin une éponge, ou un linge trempé dans du vin chaud, préférablement dans du rouge, et tâchera de préserver avec du beurre, ou des mucilages, les parties circonvoisines de la mauvaise influence de l'urine. Souvent la guérison de cette maladie est fort lente.

§. 488. Les *hémorrhagies utérines* après l'accouchement dépendent le plus souvent d'un manque de contraction de l'utérus, quand même ce défaut n'occasionne pas constamment des pertes. Cependant il y a des cas très rares, où, malgré la contraction de l'utérus, l'hémorrhagie peut avoir lieu à cause d'une très abondante affluence de sang, qui se porte quelquefois dans ce viscère. Lorsque l'utérus est en état d'inertie la perte peut être ou *externe*, si le sang s'écoule, soit lentement et également, soit momentanément et à grands flots ; ou *interne* si le sang, sans pouvoir s'écouler, s'amasse dans l'utérus et le distend peu-à-peu, mais souvent aussi avec une étonnante promptitude. On connoit la perte interne à l'accroissement du volume de l'utérus

et quelquefois du bas-ventre, à la foiblesse progressive de l'accouchée et à celle de son pouls, à la pâleur de son visage; elle respire profondément, elle bâille, s'évanouit etc. Tous ces genres de pertes deviennent bientôt menaçans et peuvent promptement amener des foiblesses mortelles ou la mort même. La sage-femme, qui agit avec prudence, ne tardera donc point de faire venir aussitôt le médecin, et de mettre en attendant en œuvre les moyens suivans.

§. 489. Lorsque, dans un cas d'inertie et d'absence de contractions utérines, *l'hémorrhagie est externe*; on fera prendre à la femme une situation pas trop horizontale, on lui recommandera de se tenir en repos, et l'on tâchera d'exciter les contractions de la matrice en l'irritant par une douce friction de l'abdomen. Quand ces moyens ne réussissent pas d'abord, ou que la perte seroit trop forte, on appliquera sans différer sur le bas-ventre des linges trempés dans de l'eau, qu'on étendra sur tout le ventre, et qui doivent être très froids, si l'on excepte peut-être les premières applications chez les femmes fort sensibles. Pour cet effet on ajoute de la neige ou de la glace à l'eau, ou l'on fait un mélange d'eau, de vinaigre et de sel. On doit d'abord renouveler ces linges au bout de 5 à 10 minutes, suivant la quantité de sang qui s'écoule, ensuite moins fréquemment à mesure qu'il diminue. Si ces moyens ne suffisent pas, on ajou-

tera des injections dans l'utérus, la première un peu moins, les suivantes tout-à-fait froides, en passant, selon l'exigence des circonstances, des moins aux plus efficaces. D'abord on se sert d'eau pure, ou d'une infusion de camomille, puis on ajoute à ces liquides du vinaigre, et enfin de l'esprit de vin en petite quantité, mais en les augmentant ensuite par gradation jusqu'a portions égales. On réitère les injections par intervalles de 5, 15, ou 30 minutes suivant la force de la perte.

§. 490. Quant à l'exécution, on y procède soit avec une seringue propre à ce service, ou avec la seringue à clystère pourvue d'une canulle destinée à cet usage de la manière suivante: après avoir placé un vase convenable devant les parties génitales, on introduit deux doigts graissés de l'une des mains à l'orifice de la matrice, puis ayant empoigné de l'autre la seringue chargée, l'on insinue avec précaution sur les doigts introduits la canulle dans le col de ce viscère, on la fait entrer dans la matrice même, et après avoir, sans faire reculer la seringue, retiré la main, on la porte sur le piston, on vide la seringue et on la retire avec précaution.

§. 491. Lorsque, la matrice se trouvant en état d'inertie, une *perte est interne*, la sage-femme doit tâcher d'éloigner les obstacles qui empêchent l'écoulement du sang: de corriger dans ce but la

situation trop horizontale de la femme, d'écarter de la matrice les portions de membranes ou les caillots qui sont restés dans son orifice, et s'il est fermé, d'ouvrir cet orifice. Ensuite la sage-femme suivra le traitement qu'on vient d'indiquer pour les pertes externes. Du reste il importe dans ce cas de veiller attentivement l'accouchée.

Indépendamment que la perte soit interne ou externe, la sage-femme peut, comme dernier moyen pour exciter les contractions de la matrice, y introduire toute la main froide et mouillée dans les susdits fluides, et, en y demeurant un peu de tems le poing fermé, toucher les parois de ce viscère. Elle peut y insinuer aussi une éponge ou une compresse humectée avec de l'eau et du vinaigre, et la presser sur l'endroit où elle croit que le placenta s'est trouvé adhérent.

§. 492. Si l'hémorrhagie se déclare alors que *l'utérus est contracté*, on peut, outre les compresses froides sur le bas-ventre (§. 489.), lui opposer le tampon (§. 199.). Mais en employant ce dernier, on observera attentivement, si ce moyen n'aboutit pas à changer seulement l'hémorrhagie externe en interne. Quelquefois l'introduction de la main fermée peut également être utile dans cet état. Quand la perte provient de rupture de l'orifice utérin, ou du vagin, ou d'une

veine variqueuse des parties génitales, on peut encore faire usage du tampon appliqué sur la partie lésée, et faire serrer ensuite les cuisses à la femme.

Dans tous les cas de perte on tiendra au frais la chambre et le lit de la malade; on lui interdira pendant qu'elles durent, et même quelques heures après leur suppression, jusqu'au moindre mouvement corporel, et on ne lui donnera aucune boisson échauffante.

§. 493. Les *lochies* peuvent être *dérangées* de diverses manières. Tantôt la durée des lochies rouges est trop longue, tantôt, après avoir changé elles redeviennent sanguines; ou bien les lochies sont trop abondantes, ou trop foibles, ou corrompues.

Quand *les lochies rouges durent trop longtems*, ou reviennent itérativement rouges, ou quand les *blanches sont trop abondantes*, ce qui le plus souvent provient de la foiblesse de l'utérus, elles affoiblissent considérablement la femme. Cette foiblesse s'annonce par pâleur et bouffisure de visage, par des maux de tête, des affections fièvreuses, évanouissemens, inflammation et douleurs aux parties naturelles et aux cuisses etc. En pareil cas on prescrira un régime fortifiant, on donnera des bouillons nourrissans, un peu de vin vieux, de la gelée de viande et choses semblables; on tiendra très

proprement les parties naturelles et les circonvoisines, et en cas d'insuffisance de ces remèdes, on ne tardera pas trop à faire venir le médecin.

§. 494. Quand les *lochies sont trop foibles*, sans que leur cause dépende d'une maladie, on fera boire du thé de camomille et de fleur de sureau, l'on pourra appliquer sur le bas-ventre des fomentations chaudes de ce thé ou de lait, des bains de vapeur aux parties naturelles et ordonner des bains de pieds.

§. 495. Lorsque les *lochies sont de mauvaise nature*, elles changent diversement de couleur, acquièrent une odeur putride, et attaquent les parties génitales d'inflammation, de douleur et d'ulcérations. Les causes auxquelles ces accidens peuvent tenir, sont: des portions du placenta, ou de sang coagulé, restées dans la matrice, inflammation, lésion ou d'autres maux accidentels de l'utérus, quelquefois mal-propreté, ou la vulve trop bouchée. On tiendra donc continuellement les parties naturelles dans une grande propreté, en les lavant plusieurs fois par jour et les changeant fréquemment de linge. Si la corruption des lochies procède de quelques corps restés dans l'utérus, on peut de plus faire journellement quelques injections dans ce viscère d'eau tiède, de thé de camomille, de décoctions d'orge ou d'autres infusions mucilagineuses; on

peut encore faire usage des fomentations chaudes sur le bas-ventre ci-dessus indiquées, faire boire du thé de camomille et du bouillon au cerfeuil. Mais on aura toujours recours au médecin, dans le cas d'une maladie générale ou locale, et très particulièrement dans celui d'un écoulement de couleur très foncée ou noirâtre, lequel annonce toujours un haut degré d'inflammation, souvent même de gangrène dans l'utérus.

Il reste enfin à observer, que dans des cas de maladies graves le plus souvent les lochies sont supprimées.

§. 496. Les *tranchées utérines douloureuses* sont communément la suite d'une déplétion trop prompte de la matrice, et particulièrement d'une délivrance ou l'on a fait trop tôt l'extraction du placenta (§. 269.); elles sont des efforts que fait l'utérus pour retourner dans son état naturel avant la grossesse; ou bien elles sont occasionnées par la résistance qu'opposent de gros caillots, ou des portions du placenta restés dans l'utérus, et qui ne se laissent pas facilement expulser; ou elles procèdent des contractions de l'orifice de la matrice. Ces tranchées enfin peuvent n'être que des crampes utérines.

Quand la matrice fait des efforts pour expulser les corps qu'elle contient, ses contractions se manifestent complètement comme les douleurs d'enfantement: elles suivent la même

direction, arrivent par accès et sont interrompues par des intervalles impassibles de repos; on sent que pendant l'activité des douleurs l'utérus se durcit, qu'il s'abaisse et qu'il se fait un écoulement de son orifice. Dans ce cas, loin d'interrompre cette bienfaisante activité, on doit au contraire la favoriser. On frictionne doucement de la main le fond de la matrice, et avec deux doigts, introduits dans son orifice, on l'irrite, on le dilate s'il est nécessaire, et l'on tâche de faciliter la sortie du corps étranger qui s'y trouve. Mais on doit s'abstenir de cette irritation dans tout autre cas de tranchées irrégulières qui sont souvent plus douloureuses encore que les prédites, et pendant lesquelles l'utérus ne se contracte que partiellement; ce qui rend raison pourquoi il n'est dur au toucher qu'à certains endroits, et prend momentanément une forme en quelque sorte angulaire. Dans ces cas, comme aussi dans les premiers, les fomentations chaudes sur le bas-ventre faites de vin, d'infusion de camomille et autres semblables sont utiles; mais en outre on administre des clystères, et l'on fera boire du thé de camomille. Contre les crampes utérines on frictionnera l'abdomen avec de l'huile d'olive, ou d'amandes douces, de camomille, de pavots ou autres semblables; on le couvrira de compresses en laine chaudes et sèches, et l'on donnera à boire du thé de camomille avec des feuilles d'oranger.

§. 497. On ne doit pas confondre les douleurs des *coliques venteuses*, *le besoin d'aller à la selle* et *les inflammations du bas-ventre* avec les tranchées douloureuses, quoique peu différentes de celles-ci à l'égard de leur traitement. Les coliques, qui sont erratiques, accompagnées de bruissemens et de gonflement de ventre, d'émission des vents, d'anxieté, souvent d'une sueur froide demandent extérieurement des fomentations sèches et chaudes, des lavemens d'infusion de camomille et d'anis, et intérieurement du thé de ces mêmes ingrédiens. La constipation exige l'application des lavemens; et l'inflammation enfin, que l'on connoit par la grande sensibilité de la partie souffrante, nécessite des fomentations chaudes de lait ou d'infusions mucilagineuses, en attendant le secours du médecin.

§. 498. Le *renversement de l'utérus* peut, comme dans l'accouchement, encore survenir dans les premiers tems des couches, si ce viscère se trouve dans un état de foiblesse et de relaxation. Les causes de cet accident, et les remèdes auxquels on doit promptement recourir, sont les mêmes que ceux indiqués aux §. 398. et 421.

§. 499. La *rétro-version* (397.) et *l'anté-version* (396.) de la matrice sont peut-être plus fréquentes après l'accouchement qu'on ne le pense généralement. L'une et l'autre peuvent se présenter dans un plus ou moins haut degré, et

dans ce dernier cas n'être pas même toujours remarquées; elles ont pour causes: laxité, inertie et une certaine prédisposition de l'utérus, en outre l'imprudence de l'accouchée de se lever trop tôt, et le ventre en besace qui dispose surtout à l'anté-version; toutes deux, quand elles existent dans un degré marquant, peuvent occasionner la suppression des lochies et ses conséquences, et quelquefois un écoulement continu par l'utérus lorsqu'elles existent dans un moindre degré; de plus, si l'on ne porte remède à ces situations vicieuses de la matrice, l'infécondité en peut être la suite.

Quant à la *rétro-version après l'accouchement* en particulier, elle est encore suivie des mêmes accidens, on la connoit aux mêmes indications, et l'on use des mêmes moyens curatifs qui sont indiqués aux §. 452. et 453. Dans des cas rares *l'anté-version après l'enfantement* peut être si forte que l'utérus se replie sur lui même en formant un angle, de manière que le fond de cet organe se trouve en-avant de son col appuyé sur les pubis, sans cependant que le col dévie beaucoup en arrière. Les douleurs souvent trés vives, des affections fèbriles, la suppression des lochies, quelquefois du lait, et des incommodités d'urine décèlent cet état, d'ailleurs facile à découvrir par le toucher, et qui étant fort dangereux demande, ainsi que d'autres anté-versions moins conséquentes, qu'on rétablisse in-

cessamment l'utérus dans sa situation naturelle. On effectue cette réduction au moyen d'une situation horizontale du corps, qu'on doit garder encore quelque tems même après la réduction de la matrice, et par la répulsion du fond de cet organe par la main platte appliquée sur les pubis, et quelquefois par l'aide de quelques doigts de l'autre main introduits en même tems dans le vagin, et enfin en cherchant à rétablir ensuite les contractions de l'utérus.

§. 500. *L'engorgement* et *l'inflammation* des *mamelles* ne sont pas rares, mais de différente nature dans les couches. Toujours les seins deviennent gonflés et tendus, lorsque le lait s'y accumule faute d'une excrétion convenable; ce qui arrive volontiers et le plus fréquemment les premiers jours après la délivrance si l'on n'a pas donné le sein assez tôt à l'enfant, comme aussi quand la mère ne veut pas allaiter, que les mamelons sont enfoncés, ou couverts d'un fort épiderme etc. Cet état est proprement un engorgement laiteux; c. à. d. un gonflement de la glande mammaire, qui cependant ne s'engorge quelquefois que partiellement, en formant de plus ou moins grandes portions dures et inégales, qui souvent s'étendent jusqu'aux aisselles; dautrefois au contraire toute la glande augmente considérablement en dureté et en volume, mais sans inflammation; alors le sein, devenant douloureux, est très dur et inégal au toucher et sa peau fort

tendue. Cet engorgement cesse bientôt lorsqu'on procure de l'écoulement au lait; si non cet état passe en inflammation.

Quand les mamelles sont affectées *d'engorgement inflammatoire* les portions durcies sont souffrantes, et cette douleur est tantôt intérieure, tantôt superficielle, souvent aiguë, ou pulsative; le sein est plus chaud, la peau est inégalement tendue, et partiellement rouge et chaude. Mais cette inflammation peut aussi tenir à dautres causes qu'à l'excrétion supprimée du lait; telles que refroidissement, compression ou mauvais traitement d'une mamelle, l'application de remèdes astringens ou irritans, l'omission de soutenir les seins, les transpirations arrêtées, les passions véhémentes, frayeur, surprise etc.

Les mêmes causes à peu-près peuvent encore produire un genre d'inflammation du sein qui n'existe que sur la peau et dans le tissu cellulaire graisseux, qui entoure copieusement les glandes mammaires. Dans ce cas la rougeur et une grande chaleur s'étendent sur la mamelle malade, sa peau est tendue également et lisse au toucher, la douleur plus vive que dans le premier cas d'inflammation. Mais il n'est pas rare que les glandes et la peau soyent tous deux attaqués à la fois d'inflammation.

§. 501. Dès que la sage-femme remarquera qu'une mamelle s'engorge, elle doit appliquer

toute son attention à prévenir autant que possible l'accident toujours grave d'inflammation; et dans ce but elle favorisera du mieux qu'elle pourra l'issue du lait. Si l'on a négligé de faire tetter l'enfant dès le jour de sa naissance, on le mettra de suite au sein, et souvent, si l'enfant ne peut ou ne doit pas tetter, on lui substituera, pourvu que l'inflammation ne se soit pas encore déclarée, un autre nourrisson. Quand la chose n'est pas praticable, on fera tetter une personne saine, ou bien on se servira de la pompe à lait ou de la bouteille. Si l'accouchée se propose de nourrir son enfant, on doit réiterer ce tettement souvent, et chaquefois au point de vider à peu-près le sein, jusqu'a ce que l'enfant fasse lui-même cette fonction. La femme lavera de tems en tems sa mamelle malade depuis la circonférence jusqu'au mamelon avec une éponge douce, humectée dans une décoction chaude de gruaux, et l'essuyera ensuite soigneusement; elle la tiendra bien chaudement et au sec, et se couchera sur le côté de la mamelle malade: précautions qui toutes facilitent l'écoulement du lait.

Quand les *mamelons sont trop enfoncés* ou *trop petits* pour que le nourrisson les puisse prendre et tetter, on les fera ressortir avec la pompe chaquefois qu'on donnera le sein à l'enfant, et la mère portera le mamelon dans un bout-de-sein, ou petit étui; mais si le mamelon est couvert d'un *épiderme trop fort*, on le doit écarter,

en le lavant souvent et soigneusement d'une légère eau de savon. Dans l'un et l'autre de ces cas on doit constamment extraire le lait des mamelles comme il est indiqué plus haut.

Si néanmoins *l'inflammation* se déclare, la sage-femme, dans cette importante circonstance, ne manquera pas de demander le secours du chirurgien, et pendant son absence elle pourra traiter l'accouchée de la manière suivante. Lorsque l'inflammation subsiste dans la glande, elle tâchera, en tenant la malade chaudement au lit, de lui procurer par des boissons de thé de fleur de sureau et de tilleul une transpiration modérée et continue; elle lui donnera très peu de nourriture et aucune qui soit irritante; elle enveloppera les mamelles dans de la laine chaude non lessivée ou du coton, ou de la flanelle très-fine, ou d'un sachet garni de son modérément chaud. Quand l'inflammation est très forte, l'on pourra frictionner doucement les mamelles avec de l'huile d'amandes, et appliquer ensuite ce qu'on vient d'indiquer. Mais quand toutes ces tentatives sont infructueuses, on fera usage des cataplasmes de mie de pain ou de graine de lin en poudre avec du lait ou de l'eau, et préférablement de ceux de ris et de lait.

Dans les cas d'inflammation de la peau et du tissu cellulaire on ne fera point d'application de choses humides ou graisseuses, mais on se bor-

nera de soupoudrer la mamelle malade de farine grillée, et de la couvrir ensuite d'un linge fin, ou bien l'on appliquera cette farine dans un sachet de toile de lin. Dans tous les cas on doit soutenir convenablement les mamelles; et enfin on doit observer, que l'inflammation d'une mamelle se communique assez volontiers à l'autre.

§. 502. Quand les mamelons sont attaqués de *crevasses*, ou de *gerçures*, affections qui, toujours accompagnées de douleur, en excitent souvent de si vives qu'elles empêchent la mère de nourrir; la sage-femme lui recommandera de laver fréquemment ses mamelons avec du vin chaud, ou de l'eau de rose, ou de les graisser, quand l'inflammation est forte, avec du beurre frais ou quelque mucilage; une mixtion de trois portions de mucilage de coings et d'une d'eau de lavande sera surtout de grande utilité. Mais on ôtera toutes ces onctuosités en lavant soigneusement les mamelons chaquefois qu'on voudra mettre l'enfant au sein. Enfin on couvrira le mamelon malade d'un étui, pour le préserver de compression et d'irritation. Si aucun de ces remèdes ne réussit, on cessera pendant quelques jours, quoiqu'en continuant le même traitement, de mettre l'enfant à la mamelle malade, mais on en extraira avec précaution le lait par l'art.

§. 503. La *fièvre de lait*, ou la *montée de lait*, n'est d'ordinaire que la conséquence d'une

trop grande accumulation de lait dans les mamelles; puisqu'il est constaté par l'expérience que si l'on fait teter l'enfant de suite après l'accouchement, cette fièvre est ou totalement absente, ou si légère qu'a peine on la remarque. Elle n'est donc point un résultat nécessaire de l'enfantement, mais elle survient communément dans les trois premiers jours ensuite, si l'écoulement du lait n'est pas bien libre, quoiqu'elle puisse également arriver plus tard, comme p. e. lorsqu'on sèvre l'enfant. Les mamelles sont gonflées, tendues, souvent elles font sentir des douleurs aiguës et se disposent à l'inflammation; la femme éprouve des frissons, ensuite des chaleurs, des maux de tête, elle a soif, son pouls et sa respiration s'accélèrent, ses lochies cessent ou diminuent considérablement. Mais si la fièvre est légère, une sueur bienfaisante ne tarde pas à lui succéder, l'écoulement du lait se rétablit de lui-même, et la maladie se termine au plus tard dans 24 heures. Cependant la sage-femme ne doit point différer de mettre l'enfant au sein, si cela a été négligé, de favoriser la transpiration de la mère et de la préserver au mieux possible de refroidissement. Mais pour peu que la maladie prenne un caractère malin, on fera aussitôt venir le médecin.

§. 504. La *fièvre puerpérale* est une maladie très dangereuse, qui consiste dans un état inflammatoire du péritoine et peut survenir à cha-

que période, mais principalement dans les 4 à 5 premiers jours des couches, par des causes occasionnelles qu'on ne connoit pas encore exactement. Cependant on admet les suivantes, savoir: les soucis, les chagrins, la frayeur, manque de nourriture, refroidissemens de toute espèce pendant la grossesse et l'accouchement, compression du bas-ventre dans la grossesse; les accouchemens laborieux; surabondance de nourriture, obstruction du canal intestinal pendant les couches et autres. Quoique le traitement de cette maladie n'appartienne pas à la sage-femme, il importe cependant qu'elle en connoisse les symptomes, afin qu'au premier indice qu'elle remarquera de cette affection redoutable, elle fasse venir incontinent le médecin, le moindre délai pouvant causer de très mauvaises suites. Dans cet état un malaise général, des mouvemens fébriles, l'inquiétude, la soif s'emparent de la femme en couches; elle sent des douleurs sourdes suivies de plus fortes, dabord dans la région du bassin, ensuite par tout le bas-ventre; celui-ci devient extrêmement sensible, même au point qu'un léger attouchement lui cause une vive douleur, (sensibilité qui surtout annonce cette maladie), les mamelles s'affaissent, la secrétion du lait et les lochies diminuent ou cessent totalement; la malade éprouve du dégoût ou des vomissemens; elle souffre de la diarrhée ou de constipation, rève, perd ses forces, le ventre devient gonflé et tendu etc.

§. 505. Tout ce qui est dit §. 204. sur les convulsions des femmes enceintes est également applicable aux *convulsions* des femmes en couches.

CHAPITRE IV.

Des Soins qu'on doit donner à l'enfant nouveau-né.

§. 506. La section du cordon ombilical faite, *on baignera l'enfant* pour le nettoyer, pour le soustraire a l'impression de l'air atmosphérique auquel il est encore fort sensible, et pour, en quelque sorte le fortifier. A ce bain, qui sera purement d'eau tiède, l'on pourra, mais seulement dans le cas d'un enfant foible, ajouter un tant-soit-peu de vin blanc, dont une forte portion seroit au contraire bientôt nuisible à l'enfant. On peut aussi dissoudre dans le bain un peu de savon, lorsque l'enfant est abondamment couvert de cet enduit gras et visqueux, dont la peau de presque tous les nouveau nés est plus ou moins chargée. Mais pour enlever plus facilement cette espèce de pommade, ou plutôt de crasse, souvent fortement adhérente, on doit préférer de frotter doucement les parties qui en sont couvertes avec de l'huile fine ou du beurre frais, au moyen de quoi l'on parvient aisément à l'enlever. Pour nettoyer l'enfant, on se servira d'une éponge fort douce, ou d'un vieux morceau de toile de lin très fine, en évitant surtout de frotter trop

fortement la peau alors encore très délicate de l'enfant, ce qui la pourroit irriter et occasionner de mauvaises suites. En sortant l'enfant du bain on le doit envelopper promptement et sécher soigneusement dans des langes chauds.

§. 507. Le *lavage de l'enfant* autre que dans le bain, surtout le premier, est par diverses raisons très inconvenant; particulièrement à cause du refroidissement qui en peut facilement résulter, et de l'irritation que l'air et les frictions trop réitérées peuvent produire sur la peau du nouveau-né. On doit laver l'enfant sur tout le corps deux fois par jour, mais en le faisant sans le bain, la sage-femme ne sauroit être trop attentive à préserver le nourrisson de refroidissemens qui lui sont si fort nuisibles. Elle ne découvrira donc jamais complètement son corps, mais seulement la partie qu'on va laver. En commençant p. é. après avoir nettoyé la bouche, par laver, essuyer et couvrir la tête, elle passera de là à la poitrine et ainsi de suite. On se servira d'une éponge ou d'un linge très doux avec de la pure eau tiède pour les enfans sains, et ce n'est que pour ceux qui sont foibles qu'on pourra ajouter quelque-peu de vin ou d'eau de vie; vu que cette addition est souvent préjudiciable à ceux qui sont en santé. On doit donc préférer de baigner journellement l'enfant, au moins pendant quelques semaines, à cause des motifs qu'on vient d'alléguer, et parceque le bain lui est fort utile, pourvu qu'il ne

soit pas trop chaud, mais au contraire préparé de jour à autre plus frais, sans pourtant jamais être tout-à-fait froid.

§. 508. Pendant que l'enfant est dans son premier bain, on *examinera attentivement* s'il n'a point de vice de conformation, comme occlusion des paupières, des oreilles, des narines, ou de la bouche; imperforation de l'anus, de l'urètre, du vagin; division ou coalition contre nature relativement à d'autres membres; de plus s'il n'a point de hernie, d'excroissances, de taches cutanées etc. enfin si l'accouchement n'auroit point causé de luxation, de tumeur ou fracture dans quelque partie du corps de l'enfant. Et lorsqu'un accident de cette nature se présente, l'on doit aussitôt en avertir, non point la mère, mais les assistans et faire venir promptement le chirurgien

§. 509. L'enfant étant baigné et séché, on le place sur ses vêtemens chauffés et disposés pour le recevoir, et l'on soigne avant tout *la portion du cordon restée à l'ombilic.* On examine donc d'abord si sa ligature est bien serrée, et s'il n'y a point d'hémorrhagie à craindre. On enveloppe ensuite le cordon dans une petite compresse de toile de lin légérement graissée de beurre frais, laquelle on change deux fois par jour. Pour éviter que l'urine ne la salisse, et pour empêcher la compression du foi, on place le tout

vers en-haut et un peu à gauche sur le ventre de l'enfant; on le soutient d'un bandage de la longueur de 2 braches et de 2½ pouces de largeur, pourvu à l'une de ses extrémités de deux attaches, et que l'on applique légérement en faisant attention que le ventre ne soit comprimé ni trop serré. Le cordon se desséche peu à peu et tombe, communément entre le quatrième et septième jour après la délivrance, de l'ombilic de l'enfant, qui se cicatrise dans les 2 ou 3 jours suivans sans hémorrhagie et sans suppuration. Mais on doit se garder de vouloir hâter la chute du cordon en le tiraillant, parcequ'il en peut aisément résulter hémorrhagie, hernie ou tout au moins une très longue suppuration.

§. 510. La prudence exige d'entretenir pendant quelques semaines après la chute du cordon une légère pression sur l'ombilic, jusqu'a ce qu'il soit totalement fermé. Pour remplir ces vues, on place sur l'ombilic une compresse très petite, mais pliée en plusieurs doubles, que l'on soutient et arrête par la bande ci-dessus désignée. Ce bandage, qu'on met autour du ventre de l'enfant, quoique considéré fort souvent comme insignifiant, n'en est pas moins important, puisqu'il doit servir de préservatif contre la hernie ombilicale; tandis qu'en serrant trop fort, surtout inégalement le ventre, il peut occasionner la hernie inguinale et crurale. La sage-femme placera donc constamment ce bandage avec la

plus grande précaution, et de manière que la petite compresse exerce une légère pression sur l'ombilic, mais que le ventre soit nulle part comprimé ni trop serré.

§. 511. A l'égard *du vêtement* la sage-femme devroit moins s'assujettir aux usages divers et souvent préjudiciables à la santé, mais s'efforcer à faire adopter généralement un habillement convenable au nourrisson. Cet habillement doit être aussi simple que possible, et disposé de façon qu'il tienne l'enfant modérément au chaud, sans le gêner en aucune manière, et qu'il puisse mouvoir librement tous ses membres. Sa tête doit être couverte, suivant la saison, d'un simple bonnet attaché dessous le menton, et qui surtout ne fasse point souffrir de pression aux fontanelles; la poitrine et les bras seront vêtus d'une demi-chemise de toile et d'une légère camisole qu'on nomme brassières, et l'on enveloppera le ventre et les extrémités abdominales d'un lange de toile de lin, et par-dessus celui-ci d'une autre petite couverture de laine soutenue par une bande, de sorte que le ventre ne souffre pas de pression, et que les pieds soyent libres. On lui tiendra la tête, la poitrine et les bras plus au frais, le ventre et les pieds plus au chaud, et notamment ces derniers chaussés en bas de laine pendant l'hiver. Toute espéce de maillot et de compressions sont toujours contraires à l'intention de la nature, et conséquemment nuisibles à l'enfant.

§. 512. Il importe de tenir le *lit de l'enfant* sec, propre et rechauffé, mais de ne pas couvrir l'enfant trop lourdement ni trop légérement. Ce lit ne doit pas être placé près de la porte, ou des fenêtres, ou du fourneau, ni disposé de manière que l'enfant soit obligé de tourner ses regards en arrière pour voir la lumière. On ne fera pas coucher le nouveau-né tout-a-fait sur le dos, mais on le mettra tantôt sur un côté, tantôt sur l'autre, de manière que sans coussin la tête soit placée plus haute que les pieds. Du reste la tête doit être libre de toute autre couverture que celle qu'on vient d'indiquer; mais pour la préserver d'un trop grand jour, de la poussière et du courant-d'air, on étendra à quelque distance par-dessus la tête un voile clair et de couleur foncée. On peut permettre l'usage de bercer les enfans, comme moyen presqu'indispensable à les tranquilliser, pourvu qu'on le pratique peu et doucement, puisqu'au contraire les mouvemens brusques, et surtout les secousses du berceau, leur sont très nuisibles. Après avoir tiré l'enfant de son lit, on ne doit point le transporter au froid, ni au grand jour, ni le remettre à une personne au moment, où venant de sentir le froid, elle rentre dans la chambre. Enfin quoiqu'avantageux, surtout pour l'enfant foible ou maladif, de coucher avec sa mère quand elle est en santé et proprement tenue; on ne doit pourtant pas en faire abus, parceque l'enfant s'y accoutume facilement. Il importe en outre d'en-

joindre sérieusement à l'accouchée de ne point se livrer au sommeil pendant que son enfant est près d'elle au lit; parcequ'étant endormie elle pourroit lui faire du mal, ou même l'étouffer.

§. 513. On ne doit point *troubler le sommeil de l'enfant*, mais il convient de l'habituer plutôt à dormir même indépendamment du bruit, et à des heures fixes. Au reste plus les enfans sont encore jeunes plus ils dorment, surtout ceux qui sont nés avant terme, dorment presque continuellement pendant plusieurs semaines après leur naissance.

§. 514. D'autre part il ne convient pas, comme plusieurs le font, d'assujettir à des heures réglées le soin de *nettoyer et mettre au sec l'enfant;* mais on le doit faire aussitôt qu'il s'est sali ou mouillé; la mouillure et l'humidité étant fort nuisible à l'enfant.

§. 515. Le lait de sa mère est *la nourriture* destinée par la nature, conséquemment aussi la plus convenable à l'enfant. Après celle-ci c'est le lait d'une autre femme, c. a. d. d'une nourrice qui lui profite le mieux; tout autre aliment que le lait de femme lui convient le moins.

§. 516. Lorsque la femme veut elle-même *nourrir son enfant*, elle lui donnera le sein déjà quelques heures après l'accouchement, en le réitérant fréquemment comme il est indiqué au §.

479. Car, outre les avantages qu'on y désigne, l'enfant obtient encore celui de recevoir le premier lait de sa mère, qui a la propriété de délayer et d'évacuer le méconium du canal intestinal du nouveau-né, et qui conséquemment rend superflu, même nuisible, tout autre purgatif, ainsi que chaqu'autre fluide qu'on donne par habitude à l'enfant après l'accouchement, comme de l'eau sucrée et autres.

Lorsque la mère fournit la quantité ordinaire de lait, l'enfant n'aura besoin d'aucun autre aliment pendant les trois premiers mois et même longtems au-de-là. Mais si le lait maternel ne lui suffit pas, on lui donnera des alimens désignés au §. 519. Il est encore utile, sans pourtant s'y attacher trop strictement, d'accoutumer l'enfant à ne recevoir le sein qu'à certaines heures; p. e. de 2 en 2 heures du jour, et par 3 heures d'intervalle la nuit, dans les 10 à 12 premières semaines; plus tard de 3 en 3 heures le jour et de 4 à 4 la nuit. On ne laissera pas de plus longs intervalles tant que l'enfant ne se nourrit que du lait maternel; mais dès qu'il prendra d'autres alimens, la mère pourra lui donner le sein encore moins souvent, et particulièrement dans le tems où l'enfant doit être sevré, elle le lui donnera seulement après les repas de l'enfant, et plus tard seulement la nuit; ce qui diminue peu-à-peu la secrétion du lait.

§. 517. Quand, au contraire, le nouveau-né ne tette pas le premier lait de sa mère, un *purgatif* devient toujours nécessaire, et l'on continuera de lui en donner les premiers jours, jusqu'à ce que ses selles ayent perdu la couleur verd-noirâtre du méconium qu'il faut évacuer, et pris leur couleur jaunâtre naturelle. On ne donnera de ces purgatifs à l'enfant qu'autant qu'il en faudra pour le faire aller du ventre 3, au plus 4 fois par vingt-quatre heures. On se sert dans cette intension du syrop de rhubarbe, ou de chicorée composé, ou de manne, que l'on donnera toujours par cuillerée à thé avec deux tiers au moins de thé léger de camomille, ou d'autres, jusqu'à ce que l'effet s'en suive. Au défaut de ces syrops on peut encore utilement faire usage, et donner à l'enfant par cuillerée à caffé d'une mixion consistante d'une portion d'huile d'amande ou d'olive, de deux fois autant de miel clarifié et de quatre portions d'eau chaude.

§. 518. A l'égard de l'alimentation de l'enfant *par le lait de la nourrice* nous renvoyons, pour ce qui en concerne les principales règles, à ce qui est dit (§. 516.) au sujet de l'allaitement; et quand aux qualités qui caractérisent une bonne nourrice, les plus essentielles sont les suivantes. Elle et son propre enfant doivent jouir d'une bonne santé, conséquemment être examinés et reconnus comme tels par un médecin; la nourrice doit être accouchée dans le même tems, ou

guère plutôt ou plus tard, que la mère de l'enfant qu'elle doit nourrir; plus il existe d'intervalle entre leurs accouchemens, moins le lait de la nourrice convient au nouveau-né. Elle doit être jeune, robuste, propre, ni trop grasse ni trop maigre; elle doit avoir les mamelles bien conformées, de moyenne grandeur, l'une et l'autre également fournies de lait et les mamelons bien formés. Un bon lait ne doit être, relativement à son âge, ni trop épais ni trop clair; il doit avoir un goût agréable et doux, une odeur particulière mais assez difficile à remarquer, et s'épancher librement des mamelles quand on les presse modérément; le lait frais est d'un blanc bleuâtre, celui qui a plus d'âge d'un blanc jaunâtre. Enfin la nourrice doit être de bonnes mœurs, d'un caractère doux et patient, exempte de passions vives, et, si elle est mariée, se permettre rarement les appproches conjugales.

§. 519. Lorsqu'on nourrit l'enfant *autrement qu'à la mamelle*, nul aliment ne lui convient mieux que le lait de vache; néanmoins on ne le donne pas pur au commencement, mais avec de l'eau commune bouillie, ou du thé de camomille très foible, et un peu de sucre. Les 3 à 4 premiers jours on donne le lait avec l'eau ou le thé mêlés par portions égales; ensuite l'on augmentera de jour en jour celle de lait, de sorte qu'au bout de quelques semaines l'enfant soit nourri de lait pur; jamais on ne mêlera de la crême au lait.

Le lait chaud de la vache est celui qui convient de préférence à l'enfant, mais on bouillira toujours celui qu'on ne pourra pas donner tel. On donnera à des heures réglées de cette boisson à l'enfant autant qu'il en voudra, sans jamais le presser d'en prendre davantage. Ce lait n'étant pas aussi profitable à l'enfant que celui de sa mère, on pourra commencer après 10 à 12 semaines de lui donner une fois, puis deux fois par jour, quelqu'aliment plus solide. Comme tel on préfère la bouillie claire, quoique fort cuite, préparée de lait et de farine fine et très sèche ; ou une panade légère point grasse et bien cuite à l'eau, plus tard faite au bouillon avec du biscuit blanc. Mais on ne sauroit trop recommander aux sage-femmes et aux filles d'enfant de ne jamais donner trop à la fois de cette bouillie ou panade, mais seulement une cuillerée à soupe en commençant, d'augmenter par la suite jusqu'à une petite tasse au plus, et de ne jamais presser l'enfant de manger.

CHAPITRE V.

De quelques maladies et accidens concernant les enfans nouveau-nés.

§. 520. Ces maladies et accidens sont tous ou innés, ou produits par l'accouchement, ou bien ils ne se déclarent qu'après l'enfantement. On doit incessamment faire venir le chirurgien

dans tous les cas de difformité de naissance ainsi que de luxation, de fractures ou d'enfoncement des os survenus dans l'enfantement; ou le médecin, quand l'enfant est attaqué de maladies congèniales, telles qu'hydropisie, maladie de la peau etc.

§. 521. Il n'est pas rare qu'à la suite d'accouchemens longs ou laborieux, surtout de ceux par les pieds, et très particulièrement à la suite de la version sur les pieds, les enfans naissent dans un *état d'extrême foiblesse*, ou de *mort apparente*, au point qu'on ne remarque pas le moindre signe de vie; et c'est ce qu'on appelle généralement *asphixie du nouveau-né*. La sage-femme tiendra donc pour une règle irrémissible, de ne point reputer réellement mort un enfant nouveau-né, aussi longtems qu'elle n'en sera pas convaincue par la seule indication certaine: celle des symptômes de putréfaction (§. 438.); attention d'autant plus indispensable qu'il y a des exemples que même des enfans de très mauvaise couleur et ayant l'épiderme en partie enlevé, n'ont été qu'asphixiés. Mais la sage-femme doit se hâter de revivifier l'enfant né en pareil état, et s'appliquer infatigablement à ce soin au moins pendant 4 à 6 quart-d'heures, puisqu'on a souvent réussi de ranimer des enfans même après ce terme. Il importe donc, que tout ce qui doit servir à ce but soit préparé avant la naissance de l'enfant.

Quand le placenta est encore attaché à la matrice après l'accouchement d'un enfant très foible ou asphyxié, on doit lui appliquer les remèdes vivifians avant de le séparer de sa mère; mais lorsque le placenta est décollé, on pourra faire la ligature et la section du cordon. Si la tête de l'enfant est boursoufflée, rouge, ou même bleuâtre, on coupera premièrement le cordon, dont on fera écouler 1 à 3 cuillerées au plus de sang; ou bien, le cordon étant coupé, on attendra la circulation, et on n'en fera la ligature qu'après qu'il aura rendu du sang. Dans tous les cas, où l'enfant est séparé des secondines, on le mettra aussitôt dans un bain d'eau chaude et de peu de vin; on lui nettoyera la bouche, avec le doigt ou la barbe d'une plume, des glaires ou des fluides qu'elle contient, et dont il faudra la préserver par la suite; on écartera toute pression qui pourroit gêner la circulation dans le cordon, ou celle du corps de l'enfant; on lui frottera avec une brosse rude la plante des pieds, la paume des mains, et alternativement le dos du haut en-bas, mais la tête jamais que fort doucement de la main plate. On lui lavera les tempes et le front avec du bon vin, ou du vinaigre, des gouttes de Hoffmann ou telle autre liqueur spiritueuse; on peut lui approcher du nez toutes sortes d'eaux de senteur, du vinaigre, de l'esprit d'Hoffmann, de l'oignon fendu, des plumes brulées etc. mais très particulièrement de l'esprit de sel amoniac; on lui donnera aus-

si, dès qu'il peut avaler, dans un peu de thé de camomille, ou d'eau sucrée, quelques gouttes de bon vin, ou d'essence douce, ou de liqueur d'Hoffmann. On laisse tomber d'une certaine hauteur, ou des gouttes sur la poitrine de l'enfant, ou bien on l'arrose d'eau froide; on donne des clystères irritans d'eau et de vinaigre, d'eau froide avec du sel, ou d'une légère infusion de tabac. Enfin on a souvent trouvé utile le ballotement de l'enfant en haut et bas, en quelque sorte comme voulant le laisser tomber. La respiration artificielle en soufflant de l'air par la bouche de l'enfant, pouvant être plus souvent nuisible qu'utile, on ne la doit tenter que comme une dernière ressource. Après avoir, dans cette intention, rempli sa propre bouche d'air, mais sans le respirer, on le souffle à l'enfant, en lui pinçant le nez et appliquant la bouche sur la sienne; puis on comprime doucement sa poitrine avec le plat des deux mains, et l'on repète quelquefois de suite cette opération.

§. 522. Il ne convient pas cependant de continuer sans relâche tous ces moyens de secours, mais on doit les suspendre momentanément pour donner du repos à l'enfant, surtout quand on remarque des *signes de vivification.* Ces signes sont: lorsque les parties frictionnées du corps rougissent, que les battemens du cœur et la circulation se rétablissent, que la portion du cordon, qui n'est pas encore liée, saigne; que les

lèvres et les joues de l'enfant rougissent, surtout quand il prend haleine tant peu que ce soit; lorsqu'il ouvre les yeux, meut ses membres etc. Dès que l'enfant aura la respiration égale, ou qu'il crie, on doit le sortir du bain, l'envelopper chaudement sans l'habiller, et le reposer dans son lit. Mais on le pourra abandonner comme mort, lorsqu'après avoir fait pendant un tems assez considérable toutes ces tentatives à la revivification, l'enfant ne donne aucun signe de vie, ou que ceux qui se sont manifestés, ont totalement disparu. Néanmoins l'enfant dans un tel état doit être gardé soigneusement en chambre au chaud et attentivement observé pendant plusieurs heures. Ajoutons que tandis qu'on sera occupé à donner ces secours, la sage-femme doit faire venir le médecin dont la présence ne sera jamais superflue en pareil cas.

§. 523. A la suite d'un accouchement long ou pènible *la partie qui s'est présentée est* le plus souvent fort *tuméfiée.* Ce cas concerne principalement la tête, lorsque pendant l'accouchement elle a rencontré de la résistance dans le bassin et les parties molles, au point que, par l'effet de la compression du crâne et de sa tuméfaction, le diamètre occipito-mentonnier s'allonge quelquefois jusqu'à huit pouces; mais encore les fesses, quand elles se présentent, se tuméfient aisément et fortement. Du reste toutes ces tuméfactions, puisqu'elles disparoissent d'elles mê-

mes, sont généralement sans conséquence: toutefois des fomentations de vin chaud leur font toujours du bien. Cependant lorsqu'une tumeur de ce genre, surtout à la tête, n'auroit pas à-peu-près disparue dans l'espace de 24 heures, lorsque, parroissant plus rougeâtres que ne le sont les tumeurs ordinaires, elle auroit un bord bien marqué et qu'elle feroit sentir de la fluctuation; on fera venir aussitôt le médecin, parcequ'alors le mal consiste très probablement dans un *amas de sang*, qui peut avoir des suites graves et qui nécessite un traitement particulier. Quand les os de la tête ont éprouvé par le travail d'enfant *des impressions* quelconques, on les abandonne à la nature, qui les fait toujours peu-à-peu disparoître. A la suite de l'accouchement dans lequel s'est présenté la face, l'enfant a pendant quelques jours des *dispositions à pancher la tête en arrière;* à quoi l'on remèdie encore aisément, en situant son corps et lui soutenant la tête convenablement.

§. 624. *L'inflammation des paupières (Ophthalmie) des nouveau-nés* est un mal assez fréquent. On doit l'attribuer à l'influence d'une vive lumière, à une transition trop subite de l'obscurité au grand jour, et en particulier immédiatement après l'accouchement; de plus à la poussière, à la fumée, aux courans d'air, aux refroidissemens, peut être quelquefois aux fleurs blanches malignes de la mère pendant l'accouchement. Dabord c'est le

bord des paupières qui s'enflamme, et l'enfant est extrêmement sensible à la lumière; bientôt les paupières aussi se gonflent, sans pourtant devenir bien rouges, et une matière glaireuse d'un blanc jaunâtre sécoule abondamment quand on ouvre l'œuil, qui maintenant est toujours fermé. La sage-femme doit en pareil cas, laver fréquemment et soigneusement les yeux de l'enfant avec de l'eau tiède, ou une légère infusion de camomille, ou avec de l'eau de rose; en même tems qu'elle fera cette lotion, elle ouvrira les yeux de l'enfant, et les nettoyera de ces matières; mais sans négliger de faire venir le médecin dès que cette maladie se déclare, puisqu'elle peut devenir longue, et même d'une gravité à priver l'enfant de la vue.

§. 525. Le *filet et les brides de la langue* sont encore des vices de conformation, qui, quoique rarement, apparoissent cependant quelquefois. Le *filet* est la prolongation jusqu'à la pointe de la langue, ou le raccourcissement, de ce petit ligament, qui se trouve dessous la langue et qu'on nomme frien. Les *brides* sont deux filets qui se trouvent contre l'ordre naturel à côté du frien. L'un et l'autre de ces vices embarrassent les mouvemens de la langue et gènent l'enfant quand il tette ou avale. C'est à ces difficultés, et particulièrement en levant la pointe de la langue qu'on reconnoit facilement le filet; néanmoins les sage-femmes peuvent s'y méprendre,

parceque les incommodités qu'on vient de citer tiennent quelquefois à d'autres causes. Les brides au contraire sont très faciles à découvrir par la recherche, et la sage-femme doit les couper avec des ciseaux émoussés. De même le filet demande aussi une incision; mais comme cette opération exige déjà des attentions à divers égards, et que souvent elle peut avoir des conséquences graves, c'est toujours le chirurgien qui la doit faire.

§. 526. Les *aphthes* sont une éruption dans la bouche, qui paroît d'abord comme des vésicules blanches, et qui se forme ensuite en petites croutes, lesquelles tombent dans l'espace de 1 à 3 jours et plus tard, mais se renouvellent quelquefois. Les aphthes ont leur siège principalement autour des gencives et du palais; de là ils s'étendent, non seulement dans toute la bouche, mais, quand la maladie augmente, même par tout le canal intestinal jusqu'à l'anus, et l'enfant peut encore en tetant la communiquer aux mamelons de sa mère. L'enfant est lui-même inquiet dans cet état, il a de la fièvre, souvent la diarrhée, il salive beaucoup, sa bouche est chaude et douloureuse, au point qu'il refuse de prendre des alimens. Plusieurs causes occasionnent cette maladie: le plus souvent elle provient de surabondance de nourriture, ou de mauvais alimens, surtout d'un lait aigri ou de boissons trop douces; de malpropreté des ma-

melles et des vases servant à boire, comme aussi de négligence à nettoyer la bouche de l'enfant etc., autant de causes qu'on doit conséquemment écarter avec prudence. On traite cette maladie, si l'enfant n'est âgé que de quelques semaines, en le purgeant doucement avec les remèdes indiqués §. 517. en lui lavant souvent la bouche pendant le jour avec du vin tiède bouilli avec un peu de sauge, ou avec une mixion de vin chaud et de miel-rosat. Mais lorsque l'enfant est plus âgé, ou que les remèdes indiqués sont insuffisans, ou que la maladie prend un caractère dangereux, on fera venir le médecin.

§. 527. Le *boursoufflement des mamelles*, c. a. d. un engorgement de ces organes accompagné d'écoulement d'un fluide laiteux, ou qui du moins se laisse exprimer, n'est pas fort rare chez l'enfant nouvellement né. Le plus souvent cet accident cesse bientôt spontanément quand on lui tient la poitrine au chaud, préservée de refroidissement et de pression, ou en adaptant des fomentations de vin ou d'eau de vie et d'eau; il importe surtout de ne point tenter d'exprimer ce fluide, parceque l'attouchement réitéré des mamelles peut facilement lui occasionner de l'inflammation. Quand elle a lieu, on y remédiera en oignant la partie malade avec de l'huile d'amandes douces, et en appliquant des cataplasmes de lait et de pain blanc; mais si ces moyens ne dissipent pas promptement l'inflam-

mation, on ne tardera pas à faire venir le médecin.

§. 528. Lorsqu'après la chute du bout du cordon *l'ombilic* est *ulcéré* ou même en état d'inflammation, ce qui peut surtout être la suite du tiraillement, ou d'un détachement artificiel du cordon, comme aussi de l'usage qu'on auroit fait de beurre ranci pour graisser la compresse ombilicale; il convient de laver le nombril quelquefois par jour avec de l'eau tiède, et d'imbiber de vin chaud ou de thé de camomille la compresse qu'on y appliquera. Mais si le nombril est fort en suppuration et douloureux, on appellera encore le secours du chirurgien.

§. 529. Un mauvais traitement de l'ombilic occasionne aisément, plus ou moins tard après la chute du cordon, la *hernie ombilicale;* de même encore les *hernies inguinales* de naissance ne sont pas très rares chez les enfans mâles. L'une et l'autre demandent des secours chirurgicaux. Mais indépendamment de ceux-ci on fera en sorte d'épargner à l'enfant autant que possible les grands cris, de lui tenir le ventre libre, afin qu'il n'ait pas besoin de pousser fortement en allant à selle. Il importe également d'être circonspect dans le choix de ses alimens, de le préserver de refroidissement, et de laisser, dans le cas d'une hernie inguinale, le ventre libre de tout bandage.

§. 530. Les *rougeurs* autour des parties sexuelles, aux aisselles, derrière les oreilles et dans tous les plis de la peau, comme aussi à l'anus pendant la diarrhée, sont chez les nourrissons, surtout chez ceux qui ont de l'embonpoint, un mal très fréquent, occasionné par le défaut de propreté et de changemens de linges. Ces rougeurs déjà douloureuses le deviennent bien plus encore, en formant des *gerçures*, particulièrement dans les plis de la peau; ce qui par suite de négligence peut arriver dans peu d'heures et causer à l'enfant de l'inquiétude, de la fièvre, de l'inflammation et des convulsions. On prévient ce mal en lavant et séchant proprement les parties rougeuses, et en mettant, lorsqu'on appréhende qu'il survienne, de la toile de lin très fine et sèche, ou de la charpie, dans les principaux plis, et en les changeant chaquefois qu'on lave l'enfant. Mais le meilleur remède qu'on puisse opposer au mal quand il est déjà présent, c'est de souspoudrer journellement et souvent ces parties, après les avoir bien lavés, avec de la semence ou de soufre de lycopode, vulgairement nommée poudre jaune, ou bien avec de la farine d'amidon.

§. 531. La *diarrhée* est une maladie assez commune au nourrisson, qui, lorsqu'il en souffre, déjète fréquemment avec douleur et une envie extrême d'aller du ventre une matière verdâtre, visqueuse et inégale. Cette maladie provient le plus souvent d'un estomac trop chargé, ou de mauvaise

nourriture ; de refroidissement de la mère, ou du défaut de son régime, de refroidissement ou mouillure de l'enfant et de l'abus des remèdes purgatifs. Après avoir avant tout éloigné ces causes, on donnera à la mère du thé de camomille, dont on fera prendre aussi quelques cuillerées à thé à l'enfant, auquel, en diminuant sa nourriture ordinaire, on donnera peu mais du très bon bouillon à la viande ou de gruaux concentré, ou bien de tems en tems un lavement de ce dernier en y ajoutant un jaune d'œuf ou très peu d'amidon ; quand l'enfant souffre beaucoup, on peut encore lui faire prendre dans une petite cuillerée de thé de camomille, 2 à 3 gouttes de liqueur de Hoffmann, et un bain chaud. Quand ces remèdes ne suffisent pas, on doit recourir au médecin.

Une nourriture copieuse ou trop succulente peut encore occasionner la *constipation du ventre.* Dans ce cas on doit changer convenablement les alimens de l'enfant et opérer par les lavemens désignés au §. 242. l'évacuation journalière du ventre, jusqu'à ce qu'indépendamment de remèdes elle se fasse spontanément.

§. 532. La *rétention d'urine* est chez le nouveau-né la suite de refroidissemens qui lui surviennent facilement, surtout immédiatement après l'accouchement. L'enfant est inquiet, il ne dort pas, il paroit souffrir, il n'urine que peu ou point

et avec douleur, son ventre devient tendu. Il faut alors, si l'on veut empêcher que le mal n'empire promptement et ne devienne dangereux, baigner l'enfant au chaud quelquefois par jour, lui mettre sur le ventre des fomentations chaudes de lait ou de thé de fleurs de tilleul avec du sureau, en continuant de le garantir de refroidissement; et si ces moyens ne sont pas efficaces, on fera venir le médecin.

§. 533. Les *tranchées ou coliques* sont très rares chez les enfans bien soignés, mais fort communes aux autres. L'enfant les fait connoître par son inquiétude, par ses pleurs multipliés, surtout par ses cris soudains et les mouvemens subits avec lesquels il tend et retire ses pieds; par les contorsions de son corps, par le bruissement et souvent le gonflement du ventre, l'émission de vents etc.

L'ictère, ou la *jaunisse* des nouveau-nés est un accident si fréquent, mais aussi le plus souvent si insignifiant, que plusieurs auteurs ne le considèrent point comme une maladie, mais comme une suite naturelle du changement de circulation du sang dans le foi survenu après l'accouchement. On reconnoit cette maladie à la couleur plus ou moins jaunâtre de la peau, qui, dans un haut degré de la maladie, s'étend par-dessus le blanc des yeux et la langue; on la remarque encore à la surface un peu plus chaude et plus rude du

corps, à la couleur foncée de l'urine, aux excrémens grisâtre ou verd foncé, etc. Souvent l'enfant ressent des maux de ventre.

Les *convulsions* sont au contraire un accident fort dangereux pour l'enfant à la mamelle. Elles s'annoncent communément par le regard hagard de l'enfant, par le clignotement et le renversement de ses yeux, par des mouvemens de sa bouche comme pour rire ou pleurer, par un sommeil inquiet pendant lequel l'enfant se réveille en sursaut, jète un cri aigu; il pleure souvent et longtems; il a mauvaise mine, change souvent de couleur, grince les dents etc.

Quand aux causes de ces trois dernières maladies de l'enfant nouveau-né, on doit les attribuer principalement à l'évacuation négligée du méconium, à un régime inconvenant de la mère ou de la nourrice, à un mauvais lait ou d'autres alimens insalubres, surcharge de l'estomac, indigestion, refroidissement, humidité, courant d'air, etc. A l'égard de ces maladies la sage-femme se conduira à peu-près de la manière suivante: son premier soin sera d'en chercher et d'en écarter les causes; puis elle pourra, s'il est nécessaire, purger l'enfant avec les syrops indiqués au §. 517., lui faire des frictions sur le ventre avec des huiles fines, préférablement de celle de camomille, en le couvrant ensuite de flanelle sèche et chaude; elle pourra donner des

lavemens de thé de camomille, et si le cas le demande, avec un peu d'huile; mettre l'enfant dans un bain tiède et lui faire prendre quelques gouttes d'essence douce, ou de liqueur d'Hoffmann. Mais si les tranchées ou la jaunisse ne cèdent pas à ces remèdes, on fera venir le médecin, et cela surtout dans les cas de convulsions, même alors que ce mal ne se déclareroit que foiblement.

§. 534. Observons enfin que la plupart des enfans nés à terme perdent de leur embonpoint dans les premiers jours, et même quelques semaines après leur naissance, sans préjudice pour eux.

De l'Ondoiement en usage chez les Catholiques.

Lorsque pendant l'accouchement l'enfant se trouve en péril de la vie, la sage-femme est obligée, dans l'absence de l'accoucheur, d'ondoyer aussitôt l'enfant, quand il appartient à des parens catholiques, et ce devoir est également imposé à la sage-femme nonobstant qu'elle soit catholique ou protestante. On administre l'ondoiement sans égard au terme de la grossesse dans lequel l'accouchement a lieu, pourvu qu'on soit sûr, ou tout au moins en doute, que l'enfant n'est pas mort; jamais on ne fera cette cérémonie quand on est assuré qu'il n'est plus vivant. On doit aussi ondoyer les enfans nés en état d'extrême foiblesse ou d'asphyxie, et en pareil cas on en doit remettre l'office préférablement à un homme; mais jamais au père de l'enfant. On doit se servir d'eau bénite ou d'eau de fontaine, de pluye ou de rivière qu'on aura fait tiédir.

Lorsqu'on veut ondoyer l'enfant pendant l'accouchement, la sage-femme doit s'assurer que la partie qu'il présente est nue et par conséquent

point couverte de l'orifice de la matrice, ni de membranes, l'eau bénite devant toucher à une partie de l'enfant. Elle doit encore s'assurer qu'elle ne dirige pas l'eau à quelque partie de la mère, ni au cordon ni au placenta etc. Quand c'est la tête qui s'offre, la sage-femme glissera à cette partie, sur deux doigts qu'elle aura introduits, la canulle d'une seringue ordinaire pourvue d'eau baptismale, et après s'être convaincue que le bout de la canulle touche à l'enfant, elle videra la seringue en prononçant, conformément au rit de l'église romaine, avec recueillement et respect: » *Enfant je te baptise au nom* »*du Père, du Fils et du Saint-Esprit.*« On fait cette cérémonie de la même manière quand l'enfant présente d'autres parties; mais lorsqu'une main seroit déjà hors du pudendum, ou quand on pourra aisément extraire un pied, c'est avec un verre bien net qu'on l'arrosera.

Lorsqu'on doute que l'enfant soit mort, ou bien si c'est une monstruosité, on doit commencer la formule baptismale ci-dessus, dans le premier cas par »*Enfant si tu es en vie*,« dans le dernier »*si tu es capable de recevoir le baptême*, je te baptise etc. Dans tous les cas ou l'eau du baptême n'aura pu atteindre qu'a travers des difficultés, ou même point toucher à la tête, on doit baptiser l'enfant sur la tête dès qu'il sera complètement né, en ajoutant à la formule: » *En-* »*fant si tu n'es pas baptisé*, je te baptise etc.

Mais dans tous les cas on l'arrosera en signe de croix.

Lorsque l'enfant reste en vie, il sera porté à l'église pour recevoir le sacrement de baptême, mais la sage-femme instruira toujours le prêtre avant la cérémonie de l'ondoiement qui l'a précédé.

Description et Emploi du Coussin destiné au travail d'enfant. *)

Ce coussin est carré, couvert de cuir et garni de crin; ou de triège et rempli de foin ou de mousse très sèche. Ce coussin ou carreau, qui doit être bien fourni et construit comme il faut, à 34 pouces de largeur, 20 pouces en longueur, et, diminuant en progression de devant en arrière, 10 pouces devant et seulement 3 en arrière de hauteur. Il a dans sa surface antérieure une échancrure de 10 pouces de largeur sur 12 de profondeur, laquelle on peut complètement fermer au moyen d'une pièce triangulaire que l'on arrête en la bouttonnant. Ce coussin est monté à son extrémité postérieure d'un autre en rouleau, de 6 pouces en diamètre, pour soutenir les reins de la femme, et qu'au moyen de trois courroies on peut avancer et reculer. Vers les deux angles antérieurs et inférieurs se trouvent encore adaptées deux sangles, auxquelles la femme peut se tenir par ses mains; et enfin on peut, comme le dessein l'indique, pratiquer à chaque côté de l'échancrure un petit buffet pour y déposer quelqu'attirail.

*) Voyez la figure.

On fait usage de ce coussin de la manière suivante : après avoir étendu sur un lit ordinaire, ou sur un lit de repos une toile-cirée, l'on pose le coussin dessus, tellement que la femme puisse appuyer ses pieds contre le bas du lit; ensuite elle se place sur le coussin les reins appuyés contre le rouleau et les parties génitales situées sur l'échancrure; on soutient le dos et la tête de la femme par des coussins de lit et des oreillers, et on la couvre convenablement aux circonstances.

Quand la poche est prête à rompre, on ôte la pièce qui est dans l'échancrure, et l'on y place un vase convenable, ou fait exprès, pour recevoir les eaux et plus tard le sang qui s'écoulent. La femme, lorsqu'elle veut travailler ses douleurs, s'arc-boute de ses pieds contre le bas du lit, en se cramponnant des mains aux sangles désignées du coussin, et appuyant ses reins sur le rouleau.

Ce coussin d'un genre unique, inventé pour faciliter l'accouchement, et que, pour seconder ces intentions, chaque sage-femme devroit posséder, offre évidemment des avantages propres à remplir ces vues bienfaisantes. D'abord il est plus commode à transporter que tout autre siége destiné à cet usage; de plus la femme y repose avec plus d'aisance et travaille ses douleurs plus librement que sur tout autre siége; elle y est moins, que dans ceux-ci, exposée à des refroidis-

semens souvent de conséquence ; on n'a pas besoin de la transporter sur un autre lit après l'accouchement, puisqu'on peut conserver complètement propre le sien. Enfin la construction de ce siége n'empêche point la sortie de l'enfant, et la sage-femme est bien moins gênée à donner ses secours; on peut encore s'en servir utilement, quand il s'agit de version de l'enfant sur le petit lit, mais il est surtout de grande ressource chez les pauvres, où l'on manque communément de ce qui est nécessaire pour préparer un lit de travail passable.

TABLE

des matières.

Préface.
Introduction.

PREMIÈRE SECTION.

Des connoissances anatomiques qui sont nécessaires à la sage-femme . . . Page 1
Chap. I. De l'œuf humain . . . Ibid.
I. Du fœtus 2
II. Des annexes du fœtus . 15
Chap. II. Des parties de la femme qui servent à la génération et à l'accouchement 28
I. Des parties dures, ou du bassin Ibid.
II. Des parties molles . . 37
III. Des fonctions des parties molles de la génération . . . 45
Chap. III. De quelques organes différemment interressés dans la grossesse, l'enfantement et les couches 49

DEUXIÈNE SECTION.

Du toucher et des divers états des parties de la génération, ainsi que de celles qui ont rapport à l'accouchement . . Page 54
Chap. I. Du toucher . . . . . Ibid.
Chap. II. Des divers états des organes génitaux, et des autres parties qui ont rapport à l'accouchement 65

TROISIÈME SECTION.

De la grossesse 69
Chap. I. De la grossesse en général . Ibid.
Chap. II. Des changemens produits par la grossesse dans le corps de la femme 77
Chap. III. Du régime de la femme enceinte, et de quelques accidens qui souvent accompagnent la grossesse 81

QUATRIÈME SECTION.

Des accouchemens 98
Chap. I. Des accouchemens en général . Ibid.
Chap. II. De l'accouchement régulier et facile. 107
Chap. III. Des fonctions de la sage-femme dans l'accouchement régulier et facile. 114
Chap. IV. De l'accouchement irrégulier et facile. 132
I. De l'accouchement par les pieds. Ibid.
II. De l'accouchement par les genoux 137
III. De l'accouchement par les fesses Ibid.

Chap. V. Des fonctions de la sage-femme pendant l'accouchement irrégulier et facile . . . . Page 139
I. Extraction de l'enfant par les pieds 141
II. Extraction de l'enfant par les genoux 147
III. Extraction de l'enfant par les fesses . . . . . Ibid.
Chap. VI. De l'accouchement régulier et difficile 149
Chap. VII. Des fonctions de la sage-femme pendant l'accouchement régulier et difficile 155
Chap. VIII. De l'accouchement irrégulier et difficile 158
Chap. IX. Des secours qu'on doit donner pendant l'accouchement irrégulier et difficile 161
Chap. X. Des accouchemens difficiles, qui procèdent de maladies, ou de vices du fœtus, ou de ceux des annexes 171
Chap. XI. Des secours qu'on doit donner dans les accouchemens difficiles pour causes de maladies, ou de mauvaise conformation du fœtus et de ses annexes 181
Chap. XII. Des accouchemens difficiles pour cause de maladies ou de défauts de la femme 191
Chap. XIII. Des secours qu'on doit donner dans les accouchemens difficiles pour

cause de maladies, ou de défauts de la femme . Page 204
Chap. XIV. De l'accouchement de plusieurs enfans 218
Chap. XV. De l'accouchement de l'enfant mort 221
Chap. XVI. Des accouchemens avant terme 224

CINQUIÈME SECTION.

Des couches 234
Chap. I. De la marche régulière des couches Ibid.
Chap. II. Des soins qu'on doit donner aux femmes en couches . . . 238
Chap. III. Des maladies et accidens qui peuvent survenir pendant les couches 248
Chap. IV. Des soins qu'on doit donner à l'enfant nouveau-né . . . 269
Chap. V. De quelques maladies et accidens concernant les enfans nouveau-nés 279
De l'ondoiement en usage chez les catholiques 294
Description et usage du coussin destiné au travail d'enfant . . . 297

ERRATA.

Page	5	ligne	20	grosse *lisez* grande.
—	30	—	11	à — a.
—	45	—	15	qu'elles soyent plus particulièrement sujettes, *lisez* qu'ils soyent plus particulièrement sujets.
—	45	—	17	squirreuses *lisez* squirreux.
—	72	—	18	avarienne — ovarienne.
—	75	—	23	fait lentement—fait moins lentement.
—	77	—	20	queques — quelques.
—	113	—	16	évacué, se — évacué se
—	113	—	29	§. 301. — §. 300.
—	129	—	1	§. 165. — 265.
—	150	—	17	§. 236. — 237
—	160	—	26	des aisselles — aux aisselles.
—	177	—	1	§. 156. — §. 356.
—	190	—	28	§. 369. — §. 332.
—	206	—	13	tongs — longs.
—	211	—	15	étant la principale cause *lisez* causant principalement.
—	229	—	21	matrice renversée *lisez* rétro-version de la matrice.
—	247	—	21	a *lisez* à.
—	260	—	8	froi — froide.
—	267	—	19	se rétablit *lisez* s'établit.
—	369	—	9	a *lisez* à.

KING'S College LONDON

RG13 HER

Library

HERMANN, J.J.
MANUEL DES SAGES-FEMMES
1824

201000146 6

KING'S COLLEGE LONDON